

Eixo Educação - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

“A GENTE ACHA QUE NUNCA VAI PRECISAR”: DILEMAS E BARREIRAS NA CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

Sheila Kocourek, Vanessa Carla Neckel

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Hemato-oncologia, Hemorrede

APRESENTAÇÃO: Os programas de Residências Multiprofissionais, assumem relevo na formação continuada de profissionais da saúde, desenvolvendo competências de assistência e gestão de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Este trabalho relata a experiência junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar, tendo como objetivo problematizar as vivências dos usuários hemato-oncológicos do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, que necessitaram de transfusão de sangue, com vistas a visibilizar o impacto desta demanda no cotidiano destes sujeitos. Os resultados do estudo apontam para uma realidade na qual os usuários são responsabilizados pela captação de doadores de reposição sem apoio dos gestores e serviços públicos de saúde. Desenvolvimento do trabalho: método do estudo Apesar de todos os avanços da tecnologia em saúde ao longo dos anos, até o momento, o sangue e os hemocomponentes são insubstituíveis. O suporte hematológico, por meio da transfusão de sangue e de plaquetas, é imprescindível para o tratamento do câncer. A propósito são inúmeras as repercussões que o câncer impõe na reorganização da dinâmica familiar, no desenvolvimento de novas atividades cotidianas, devido à

hospitalização e aos cuidados e tratamento relacionados à doença. A responsabilidade pela reposição das bolsas de sangue emerge como mais uma atribuição às famílias e aos usuários. No cotidiano do HUSM a responsabilidade pela captação de doadores para a prática da reposição do sangue utilizado pelo usuário é delegada parcial ou totalmente às famílias. Deste modo, este trabalho teve como intenção proporcionar escuta dos familiares e usuários hemato-oncológicos sobre suas vivências, experiências e angústias no processo de captação de doadores de sangue. A população estudada foi de usuários das unidades de internação adulta, pediátrica e de transplantados de serviço de hematologia-oncologia HUSM, que permaneceram hospitalizados em algum período compreendido entre maio de 2012 e junho de 2013. A amostra foi delimitada por meio de relatórios do sistema de informação, gerados pelo serviço de hemoterapia da instituição, com os quais se obtiveram dados que sugeriram o perfil inicial dos receptores de sangue. A partir do total de sujeitos que receberam uma ou mais bolsas de sangue, selecionou-se uma amostra intencional de 20% dos usuários, tratando-se dos que mais necessitaram transfusão sanguínea, ou seja, mais de 50 bolsas, individualmente. A amostra inicial foi composta por 29 sujeitos, os quais seriam entrevistados com um instrumento composto de perguntas fechadas e abertas. Fazendo a busca ativa identificou-se que 9 foram a óbito antes da realização do estudo, 4 não foram localizados, tendo sido realizadas no total 16 entrevistas: 10 com usuários adultos, 1 com usuário adolescente e 5 com mães de usuários infantis. A análise das informações das entrevistas, deu-se por meio da análise do discurso, elegendo temas geradores, os quais serviram para sintetizar, analisar, dar sentido a estas e interpretar as particularidades do assunto

pesquisado. Quanto aos aspectos éticos, o estudo obedeceu ao preconizado na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo apreciado e aprovado pelo comitê de ética da instituição de origem. Resultados encontrados na pesquisa; Os resultados do estudo demonstraram no serviço de hemato-oncologia do HUSM, que 146 usuários demandaram transfusão sanguínea, os quais receberam de 1 a 286 bolsas de sangue, perfazendo uma média de 31,2 bolsas/usuário/ano, no período pesquisado. Os entrevistados relataram que se depararam com a demanda de repor o sangue e os hemocomponentes por meio de um profissional de saúde que lhes entregou um “bilhetinho”. A cobrança e a necessidade da doação de reposição foram verbalizadas. Só deu um bilhetinho e falou que precisava de sangue (E.G)[...]o choque mesmo de receber aquela notícia, ‘olha, precisa de tantos doadores’.(E.A) As orientações se limitam à exigência da obtenção de doadores indicados para o abastecimento do estoque do hospital. A necessidade de conseguir tais doadores foi mencionada como fator de apreensão. Os entrevistados externalizaram os sentimentos de responsabilização com o processo de captação de doadores de sangue. É, para me salvar sim, para o meu tratamento precisava não tem outro tipo, sabe a leucemia se você não tiver sangue bom, ai você vai. Se as plaquetas fechar com um mil ou dois mil por causa da radioterapia e as quimioterapia quando terminava e depois tinha que colocar plaqueta e sangue, não tinha alternativa. Colocar água? Sofri para bicho é ai que o cara sente na pele o que é faltar sangue.(E.C) Para cumprir o imposto, os usuários e suas famílias mobilizaram as redes de apoio social primária e secundária. Acionaram estratégias tradicionais e criativas para resolverem a demanda imposta. Quando eu soube eu liguei pro pai dele, pra minha família [...] Daí eles arrumaram um carro, como puderam.(E.I) O

meu filho pegava o papel no hospital e levava para o quartel.(E.L) Anunciamos no rádio e redes sociais.(E.G) Eu fui de casa em casa. (E.B) Considerando que muitos usuários e familiares são de outros municípios e regiões do estado, referiram que buscaram o apoio das Secretarias de Saúde dos seus municípios de origem, para o transporte dos doadores, divulgação e sensibilização, contudo, muitas foram as dificuldades e os empecilhos identificados, conforme relato: Ai, a nossa prefeitura tá péssima. [...] Bom, eles não queriam nem dar carro pra trazer doadores. [...] Parece que de última hora eles forneceram. Tinha doadores, né, aí a prefeitura não queria fornecer, aí de última hora eles deram.(E.A) As famílias encontram barreiras onde deveriam encontrar a assistência integral, no que se refere à concretização do direito à saúde, demonstrando dupla fragilidade do Estado. Considerações Finais O estudo teve como principal objetivo dar voz aos familiares e usuários hemato-oncológicos sobre suas vivências, experiências e angústias no processo de captação de doadores, onde transfusão é sinônimo de sobrevivência. A necessidade do aumento da doação voluntária é indiscutível e, ainda assim, tem baixa visibilidade no âmbito da assistência e da gestão em saúde. A responsabilização das famílias pela reposição do sangue vem na contramão das legislações e do entendimento dos profissionais críticos da saúde, que defendem que a demanda deve ser compartilhada com a rede de atenção à saúde. Amorim Filho (2000 apud Laval, 2007) qualifica esse sistema de reposição como perverso, pois transfere, para os que vivem a situação de estresse da internação, a obrigação de prover o hospital. Os resultados apresentados sinalizaram essa sobrecarga. Os relatos revelaram a fragilidade e as deficiências entre os diferentes níveis de atenção à saúde no suporte aos familiares e aos usuários,

intensificando as responsabilidades com o processo de captação de doadores. Fica clara a necessidade de participação ativa do Estado na consolidação de uma hemorrede pública que garanta o fornecimento de sangue e de componentes em quantidade e qualidade para a população que deles necessitar. Conclui-se que a demanda por sangue e hemocomponentes, na perspectiva dos familiares e usuários, está invisibilizada nas políticas públicas e na sociedade, uma vez que o usuário só percebe esta necessidade quando se vê imerso neste cenário. Por isso, escolheu-se como título a fala de um usuário, “a gente acha que nunca vai precisar”, não pela onipotência das pessoas, mas especialmente pelas dificuldades mediante o desafio de repor o sangue.

“RODA DE SABERES”: REFLEXÕES SOBRE UM DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Felipe Gargantini Cardarelli

Palavras-chave: Pessoas com Deficiências, Deficiência Intelectual, Educação Permanente, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Gestão em Saúde, Dispositivo

APRESENTAÇÃO: O presente resumo tem como preocupação central caracterizar e refletir sobre as potencialidades e os limites da Roda de Saberes na formação de profissionais de saúde, suas bases conceituais e metodológicas e, assim, colaborar com outros processos de Educação Permanente. A Roda de Saberes foi concebida e desenvolvida como um dispositivo de Educação Permanente em Saúde, ou seja, uma forma de articulação entre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho pelos profissionais e suas necessidades de aprendizagem. Desta forma, este dispositivo pretendia promover transformações na prática profissional, na

própria organização do trabalho e nas práticas de ensino, a partir das experiências, vivências e saberes dos profissionais (BRASIL, 2009). DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: De acordo com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificada pelo Brasil, em 2008, como emenda constitucional (Decreto Legislativo nº 186/2008 e 6959/2009), as pessoas com deficiência “têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (OMS, 2011). Ao buscar um novo paradigma de atenção à saúde da pessoa com deficiência intelectual, a SMS criou em 2010 o Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD). Executado pela parceira Associação Saúde da Família tem vinte equipes multiprofissionais distribuídas pelo Município e Integradas aos NIR e CER, é voltado para pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade, com o objetivo de favorecer a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, aprimoramento do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de potencialidades, autonomia e, deste modo, evitar a institucionalização (SÃO PAULO, 2012). Ao ser contratado para supervisionar equipes do programa, este pesquisador buscou basear suas intervenções em formas democráticas de gestão em saúde para promovê-las e promover o trabalho em equipe interdisciplinar. Este pesquisador dedicou-se a desenvolver um papel que não se restringisse às ações de supervisão como fiscalização, mas que facilitasse a construção de espaços de reflexão, buscando favorecer a autonomia dos profissionais, catalisar processos democráticos e interdisciplinares de comunicação, de trabalho e de tomada de decisão e, por conseguinte potencializar suas capacidades intervenção (PEDUZZI;

OLIVEIRA, 2009). Dessa forma foi criada, em 2010, a Roda de Saberes, objeto deste projeto de pesquisa, dispositivo de intervenção junto aos profissionais componentes das vinte equipes do Programa, acompanhantes e técnicos. O conceito de “Apoio Paidéia” de gestão em saúde apresentado por Campos (2003) serviu como inspiração e baliza ao pesquisador, no exercício da função de Supervisor Técnico em seus diferentes aspectos, em especial na construção da “Roda dos Saberes”. O Método Paideia de Campos evoca a ideia da Grécia clássica de desenvolvimento integral das pessoas. O método destina-se a Cogestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso, ou seja, um método de gestão do trabalho, que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional, e que tem como objetivo “aumentar capacidade de análise e intervenção” dos coletivos (2003). Roda de Saberes foi assim nomeado por seus componentes, inspirados nas experiências francesas de clubes. A sugestão veio após algumas participações de uma Psicóloga do Programa que estagiou em La Borde durante sua formação profissional. A Clínica La Borde, que foi criada em meados de 1950, na França, por Jean Oury e Félix Guattari. Lá a instituição psiquiátrica funciona até os dias atuais como uma comunidade aberta, autogerida, onde as decisões pelo coletivo e as divisões de trabalho seguem as preferências e as possibilidades de cada um por meio de dispositivos como o Clube dos Saberes (GUATTARI, 1992). Inspirado pelo Apoio Paidéia e pelo Clube dos Saberes, este pesquisador, em conjunto com profissionais do Programa experimentaram construir um dispositivo de Educação Permanente de Trabalhadores onde a participação não é obrigatória, pelo entendimento de que há a necessidade do profissional desejar envolver-se no processo. A frequência de acontecimento das Rodas é negociada,

dependendo da possibilidade do mês, para que não afete o planejamento do serviço e não sobrecarregue os profissionais. Todas as decisões relacionadas às Rodas de Saberes são facilitadas por uma comissão ou Grupo de Trabalho (GT) eleito pelo coletivo e composto por profissionais com diferentes formações, integrantes das equipes, que também têm por função reforçar as Rodas nos seguintes sentidos: continuidade, democratização, organização, apropriação pelos profissionais e interlocução com as equipes. Com o termo “Roda” quer se referenciar no método Paideia, representando a dimensão estética da democratização e da abertura a que se propõem as Rodas de Saberes, entendendo que os saberes são plurais e múltiplos, como também postula Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2007). Com base em Freire (1978), esta diretriz entende que os saberes são desenvolvidos no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico. O conhecimento seria uma produção histórico-social dos sujeitos e procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir do grupo, que assim subvertem a dominação e estabelecem o inédito viável (BRASIL, 2007). Assim, desenvolveu-se um Estudo de Caso cujo objeto é analisar o desenvolvimento da proposta da Roda de Saberes através de: Levantamento Bibliográfico; Levantamento e análise de documentos e registros; Identificação dos princípios facilitadores para a construção da Roda dos Saberes. RESULTADOS: No dispositivo foram pautados: Emprego Apoiado, Auto-Defensoria, Acompanhamento Terapêutico, Autismo, sexualidade, diferenças e semelhanças dos territórios em que atua discussão de casos, entre outros temas. Analisando o dispositivo identificou-se uma tecnologia institucional com potencial de resistência para produzir singularizações, modos de viver que

escapam aos processos de captura das máquinas capitalistas de produção de subjetividade, diferente dos de modelagem e serialização da subjetividade que fazem com que funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas (GUATTARI, 1992). Foucault (1979) toma o conhecimento como intervenção, como possibilidade de criação de novos modos de existência, de subjetividade e de vida. Neste âmbito se travará um embate entre a dominação e exploração sobre a vida, o biopolítica[1] e poder da vida, a biopotência[2]. É neste último que se aposta na proposta da Roda dos Saberes, no poder de afetar e ser afetado e com isso se reinventar (PELBART, 2003). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para Espinosa (1975) os afetos impregnam a existência humana, ocorrem simultaneamente no corpo e na mente e podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir. A potência é entendida como condição para atingir a liberdade, já que representa a possibilidade que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir. Ao selecionar os encontros regula-se a variação de potência de se perseverar em sua própria natureza, constituindo-se uma ética, em modos singulares de viver, que desafiam a moral dominante, que combate a servidão e da tirania. Busca-se nas Rodas de Saberes abertura, experimentação, flexibilidade e a troca de afetos em um processo que possibilite "(...) uma 'revolução molecular', quer dizer, de uma reinvenção permanente" (GUATTARI, 1992). [1] Biopolítica, forjado por Foucault, designa uma das formas de poder ou dominação sobre o corpo e a vida, uma forma de assujeitamento, vigente desde o Século XVII. (1979) [2] Segundo Pelbart, Biopotência é a força de vida da multidão, o poder comum de agir, a resposta à Biopolítica, também denominado biopoder (2003).

“TEM HORA QUE A GENTE SE PERGUNTA POR QUE É QUE NÃO SE JUNTA TUDO NUMA COISA SÓ?” : PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: CAMINHOS DA INTERSETORIALIDADE

Isabel Emilia Prado da Silva, Jeane Félix

Palavras-chave: Saúde, Educação, Intersetorialidade, Projeto Mais Médicos para o Brasil

Como Trabalho de Conclusão de Curso, me propus a narrar experiências vividas ao longo da minha trajetória profissional como Especializanda do curso em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujas atividades de imersão aconteceram no Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (MS), e como Apoiadora Institucional, do Projeto Mais Médicos para o Brasil, no Ministério da Educação (ME). Além do desejo de “juntar tudo numa coisa só” tive, neste trabalho, como objetivo descrever como a intersectorialidade está sendo operacionalizada entre os campos da saúde e educação para o aprimoramento do Programa Mais Médicos. Para isso utilizo dois caminhos metodológicos, quais sejam: pesquisa documental e autonarrativa. Ao final da pesquisa, observei que as demandas trazidas do território e o desejo dos profissionais envolvidos em fazer o Projeto acontecer vem modulando as diretrizes e definindo os papéis de cada ator. Ser apoiador institucional do MS envolve um conjunto de atribuições completamente diferentes do conjunto de atribuições do apoiador institucional vinculados ao ME. Tudo isso, em um mesmo Projeto. O que não é necessariamente algo ruim. Podemos dizer, inclusive, que é importante que assim o seja, pois cada setor dispõe de um conjunto de atribuições e expertises particulares e com contribuições diferentes.

Isso não impede que esse caminho seja traçado de forma paralela e conjunta, utilizando a intersectorialidade como uma ferramenta que pode propiciar o diálogo e a construção coletiva no âmbito do Projeto. Ter a oportunidade de refletir e escrever sobre este assunto, sem dúvidas, agregou conhecimentos que antes pareciam dispersos na minha construção acadêmica. Posso dizer que, ter esses conceitos e processos mais sedimentados e sistematizados, me munem hoje de argumentos para disseminar a importância do fazer intersectorial que otimiza ações, saberes e recursos para um bem comum.

A APROXIMAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO DE PAULO FREIRE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA PRÁTICA TRANSFORMADORA

Adriane das Neves Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Políticas Públicas de Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando o processo de formação e as mudanças que o setor da saúde vem passando, tornou-se necessário um movimento de preparação e desenvolvimento de competências e habilidades que acompanhe esse crescimento. Refletir o cotidiano de trabalho nas unidades de saúde indo de encontro às propostas contidas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS). A proposta da política de EPS era romper com os modelos tradicionais utilizados, que afastavam os profissionais dos cursos de capacitação. Para produzir mudanças, era necessário que os profissionais fossem capazes de dialogar com as práticas de saúde e as concepções vigentes e problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe

com vistas à construção de novos pactos de convivência e ações, aproximando os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos do processo da reforma do Sistema Brasileiro de Saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). O estudo teve por objetivo fazer uma reflexão crítica dos conceitos de autonomia, dialogicidade e emancipação e as propostas da educação permanente em saúde, no sentido de sensibilizar e estimular os leitores a repensar o papel da educação permanente dos trabalhadores da saúde. A dicotomia entre a formação e a prática tem contribuído para uma assistência fragmentada, tecnicista. **MÉTODO DE ESTUDO:** Trata-se de uma reflexão teórica realizada durante o desenvolvimento de dissertação de mestrado defendida em 2014 intitulada: estudo comparativo entre o ensino presencial e a distância na educação permanente de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem durante as atividades do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Para o desenvolvimento do estudo utilizamos as obras de Paulo Freire como: *Pedagogia da autonomia e Pedagogia do Oprimido*. **RESULTADOS:** Considerando seu grande potencial transformador, a EPS tem provocado repercussões no modo de ensinar e aprender, indo ao encontro da pedagogia educacional de Paulo Freire que traz a implícita concepção de educação libertadora contrapondo ao que ele chama de educação bancária. Para Freire (1987), a educação bancária aliena e oprime o ser humano, uma vez que quem a formula, quem a detém tem dominação sobre os outros, sem interesse em propor desvelamento do mundo. Já a educação libertadora é capaz de transformar as pessoas de seres passivos a seres mais conscientes, mais livres e mais humanos. Propõe a inserção do homem no mundo, pois a inserção crítica,

na realidade, permite aos seres um caráter reflexivo, implicando num constante ato de desvelamento da realidade. Quando Freire defende a relação dialógica, propõe problematizar a realidade, e não somente transmitir o saber pronto. O que leva o homem a uma reflexão do seu cotidiano, a partir de situações concretas que, na maioria das vezes, sem que o mesmo reflita, passa sem sua percepção. A educação é uma forma de intervenção no mundo (FREIRE, 2002). A EPS propõe a transformação das práticas de saúde, prevê o rompimento com o modelo hegemônico, que vem fragmentando o cuidado, à medida que traz o cotidiano dos trabalhadores, identificando os problemas e as necessidades da população assistida. Ao aproximar o mundo do trabalho ao da educação, os sujeitos são transformados, abrindo-se para o novo, assumindo uma postura crítica, reflexiva, comprometida e tecnicamente competente. Mas, para isso, é preciso deixar de ser o sujeito que vem sendo, que se encaixa em modelos prévios de ser profissional (CECCIM, 2005). Quando a Educação Permanente faz a aproximação do mundo, do trabalho e da educação, faz com que o aprendizado esteja baseado na reflexão crítica das práticas do cotidiano de trabalho vivenciado pelos profissionais, respeitando o conhecimento que eles trazem. Paulo Freire (2002) propõe o uso de uma metodologia que reconhece a importância do indivíduo construir sua própria história e vê que o indivíduo é capaz de autogerenciar seu processo de aprendizagem. Para isso, é preciso respeito à sua autonomia: “o ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada um” (FREIRE, 2002). Assim sendo, o conhecimento deve ser significativo a partir da contextualização da realidade desse profissional, levando em conta a experiência que ele traz. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Quando nos programas de EPS se propõe a reflexão crítica da prática, as propostas de EPS defendem a construção

de uma educação emancipatória, que vai ao encontro da pedagogia freiriana, uma vez que as situações do cotidiano das unidades de saúde são problematizadas, contribuindo para o processo de conscientização e construção de uma práxis transformadora. Espera-se com a reflexão contribuir para a mudança de olhar na formação dos profissionais de saúde, para isso, será preciso romper com paradigmas tradicionais a partir de novas experiências de aprendizagem, que desperte no sujeito a relação do fazer e construir a partir da vivência do cotidiano de trabalho.

A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Marcelo Gonçalves da Silva, Bruna Paes de Barros, André Moraes da Silva

Palavras-chave: Psicólogos, saúde, psicologia, serviços públicos

Introdução: Este trabalho propõe apresentar questões relativas à importância do trabalho dos profissionais da psicologia nas unidades básicas de saúde. É importante destacar que no Brasil a Psicologia, enquanto ciência tem mais um século, porém se encontra regulamentada como profissão há 52 anos. Sabe-se que a formação em Psicologia é muito abrangente, compreendendo desde as mais distintas doutrinas as quais servirá de subsídio para sua atuação até as distintas áreas em que pode atuar, o universitário passará no período de estudos por diversas disciplinas e atividades, as quais lhe proporcionarão os referenciais e instrumentais para uma atuação adequada profissionalmente. Objetivo: Este trabalho propõe discorrer sobre a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. Tem como objetivo identificar a importância do psicólogo nas unidades básicas de saúde. Nesse

sentido, esse trabalho visa mostrar que na psicologia as estratégias de assistência à saúde não devem ser exclusivamente uma maneira de levar assistência de qualquer maneira às comunidades, mas de levar assistência com qualidade e de acordo com as especificidades da vida e das contingências destas comunidades. Mostra que é importante julgar as demandas da comunidade em relação aos serviços de saúde pública e de psicologia comunitária e saber quais os sentidos atribuídos pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde ao Serviço oferecido nas mesmas. Metodologia: A metodologia utilizada foi de revisão bibliográfica. Discussão: Segundo Dimenstein (1998) a introdução do profissional da psicologia nos serviços públicos de saúde no Brasil iniciou - se fim da década de 70 e começo dos anos 80. Essa inserção aconteceu em consequência das mudanças da sociedade brasileira, principalmente na área da saúde. Dimenstein pontua também que, dentre os recém-formados, a maior parte atua em clínicas de psicologia particulares, trabalhando com avaliações psicológicas e psicoterapias, ou optam por cursos de pós-graduação. Apesar de esse cenário estar, gradativamente, sendo alterado, enfrentamos certas dificuldades e resistências, mesmo sendo a saúde considerada um importante campo de atuação para o profissional da psicologia. Assim percebe-se que o percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, quando uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais. O trabalho aponta que os princípios da interdisciplinaridade, o que considera além das equipes, também as pessoas e as suas especificidades, estão alcançando a cada dia

uma abrangência na área da saúde. Distintos fatores vêm contribuindo para tal evento. Desde as mudanças nos sistemas de saúde, que passa a ter maior preocupação com os programas para prevenção, deixando aquela ideia de se preocupar apenas quando o fato concretiza e passando a trabalhar com a prevenção e conscientização dos cuidados com a saúde, desde a infância, ou seja, há maiores investimentos e preocupação em relação à questão saúde – doença, focando a prevenção em vários aspectos, aqui trabalhado a questão da psicologia. Conclusão: Esse trabalho organizou-se de forma a apresentar como está a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. Através dele, constatou-se que a atenção básica pode ser uma ótima via para a promoção da saúde bem como por motivos econômicos e que o psicólogo tem um papel fundamental nesse processo. Mostrou que as atividades psicológicas de maior frequência nas UBS são: a psicoterapia de adulto, o psicodiagnóstico, a ludoterapia, a orientação a gestantes e hipertensos; sendo a psicanálise a orientação teórica mais presente. Percebe-se dessa forma que hoje em dia, os princípios da interdisciplinaridade, o que considera além das equipes, também pessoas e as suas especificidades, estão alcançando a cada dia uma abrangência na área da saúde. Distintos fatores vêm contribuindo para tal evento. Desde as mudanças nos sistemas de saúde, que passa a ter maior preocupação com os programas para prevenção, deixando aquela ideia de se preocupar apenas quando o fato concretiza e passando a trabalhar com a prevenção e conscientização com os cuidados com a saúde, desde a infância. Além da diversidade de novas oportunidades e áreas de conhecimentos inseridas no sistema da área da saúde desde a Psicologia, passando pela Nutrição, Terapia Ocupacional, dentre outras. Também o trabalho preventivo junto às esferas familiar, profissional e

social ao recorrerem ao sistema de saúde pública. Diante do exposto conclui-se que o psicólogo precisa avaliar sua atuação por ângulos distintos, uma vez que se encontra inserido em uma política que esta construir sua estrutura e organização. Além disso, necessita estar atento aos rumos e trajetória da sua profissão, no intuito de buscar referências, claras e operacionais, que estabeleçam quais suas atribuições e competências nesse espaço. Nessa direção cabe aqui pontuar que esse trabalho abre um leque de discussões sobre variados assuntos relacionados e um deles que pode ser analisado posteriormente como continuidade desse trabalho ou mesmo como uma outra análise com esse foco é o projeto VER-SUS (Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), o qual é realizado por estudantes da área da saúde junto aos movimentos estudantis, através da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde criados em 2002 pelo Ministério da Saúde, objetivando aproximar estudantes do desenvolvimento de projetos que visam estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS.

A CONCEPÇÃO DOS MONITORES SOBRE A INFLUÊNCIA DO PET – GESTÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ana Paula Gossmann Bortoletti, Gimerson Erick Ferreira, Alcindo Antonio Ferla, William Rogério Aretz Brum, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Miriam Thais Guterres Dias

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde, Educação em Saúde Política de Saúde, Serviços de Saúde

Apresentação: Há algum tempo o Ministério da Saúde (MS) vem apontando

a urgência acerca das discussões entre a consonância de gestão em saúde, formação de profissionais e controle social. Embora, existam propostas de transformação para os modelos de formação em saúde, através de mudanças de projetos pedagógicos e criação de programas como o Programa de Reorientação na Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), ainda assim a formação dos profissionais tem permanecido centrada na produção de ações curativas, hospitalocêntrica e teórico-centrada, distante do modelo de saúde idealizado pelo SUS, pautado no protagonismo do controle social, na gestão compartilhada e nas redes de saúde. Para assegurar a transformação deste cenário faz-se necessário antes de tudo uma (des) construção e (re) construção dos currículos que formam estes profissionais, sendo necessário que os mesmos se pautem em torno dos princípios e diretrizes do SUS, norteado pela humanização, integralidade e cogestão junto aos usuários. Partindo dessa premissa em 2011 iniciou-se na Universidade Federal do Rio Grande do Sul o PET Saúde – Gestão*. Este programa empreendeu com o objetivo de possibilitar aos estudantes vivências e participação na concepção da gestão em saúde, como uma construção sistemática e coletiva, para a implantação de uma gestão e assistência de saúde inovadora e qualificada, com bases no monitoramento, mapeamento e avaliações de ações integradas entre ensino e serviço 1. Este estudo buscou conhecer a percepção dos monitores do PET - Gestão acerca da influência que as vivências proporcionadas por este programa tiveram para sua formação. Desenvolvimento do trabalho: O trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, tendo como campo um distrito de saúde do município de Porto Alegre/RS, no qual os monitores do PET - Gestão

realizam suas atividades. A amostra foi composta por 14 monitores e ex-monitores do programa independentemente de idade, sexo e curso da saúde. Os dados foram coletados em novembro de 2014, através de entrevistas gravadas, sendo as informações analisadas mediante a análise de conteúdo. Aos participantes foi solicitado que falassem sobre suas vivências no PET - Gestão e sobre como esta experiência contribuiu na formação de cada um. O estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo CEP/UFRGS. Resultados: Ao participarem das entrevistas os estudantes refletiram sobre as vivências e aprendizados proporcionados pelo PET - Gestão e de que maneira esta experiência contribuiu para seu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional. Após a interpretação das falas dos participantes foram identificadas três categorias empíricas: o saber empreendedor, aprendizado em ato e o quadrilátero da formação, que estão relatadas a seguir. O saber empreendedor aludido no estudo não possui a significância do aprendizado empresarial e/ou econômico, mas sim, entendido como a capacidade de mobilizar e ampliar saberes, de transformar e inovar, vislumbrando a autogestão para o futuro. Para os alunos, o PET - Gestão proporcionou novos aprendizados, ampliou os conhecimentos sobre trabalhar em saúde, estimulou o pensamento crítico, mobilizou conhecimentos para a resolução de demandas, bem como possibilitou a reflexão sobre o futuro profissional. A análise das falas sugere a necessidade de uma reconstrução dos métodos de ensino, do ensino teórico centrado, para o participativo e problematizado. Uma formação que relacione teoria e prática, mediante hipóteses e soluções é determinante para transformar a metodologia da transmissão do conhecimento e as práticas tradicionais, diretivas e acríicas, propiciando a formação

de sujeitos capazes de reconhecer e atuar sobre os problemas da realidade. Tal transformação não ocorre somente com as mudanças curriculares, esta transformação necessita ocorrer no corpo docente, no modo que eles percebem os estudantes, como coparticipativos no processo de formação, estando o professor e o estudante compartilhando significados. Alguns monitores refletiram acerca do impacto deste programa em suas escolhas como futuros profissionais, reforçando a importância de conhecer e experimentar novos campos de conhecimento e trabalho. Sendo assim, é importante superar os moldes tradicionais de ensino e dar centralidade às metodologias questionadoras e instigadoras que favoreçam a reflexão acerca de novas possibilidades pode colaborar para que os alunos possam se tornar verdadeiramente protagonistas em suas escolhas 2. O aprendizado em ato relaciona-se ao encontro do aluno com a realidade do SUS nos diferentes espaços da rede básica, onde o pensar e o fazer são praticados simultaneamente de forma a (des) construir e (re) construir sua visão sobre o SUS, colaborando de maneira profícua com o amadurecimento e protagonismo do estudante em sua formação. Segundo os alunos para compreender os SUS é necessário mais do que se defrontar com os artigos da Constituição Federal ou suas leis orgânicas, a real compreensão vem da vivência no palco onde ele acontece, ou seja, na rede de saúde, com seus trabalhadores, usuários e programas. Pode-se então proferir que a prática fecunda a teoria, pois o SUS com toda a sua história, políticas, atores, ideias e ideais não pode ser compreendido somente no papel, o SUS necessita ser problematizado. O quadrilátero da formação é a representação de quatro eixos que devem estar integrados a fim de proporcionar a atenção integral em saúde, ao versarmos sobre ele discutimos

as cenas que envolvem usuários, gestores, profissionais da saúde e instituições de ensino, constituindo os atores que consolidam o SUS 3. Para estes monitores o PET – Gestão oportunizou conhecimentos para além dos currículos dos cursos, propiciou experiências inéditas e viabilizou o intercâmbio de ideias e valores. O encontro com os serviços de saúde e seus coabitantes possibilita a transformação do paradigma do modelo de assistência, no qual somente o profissional de saúde é responsável pela qualidade da resposta assistencial. A imersão dos estudantes nos locais de trabalho não favorece somente a construção desses futuros profissionais, mas também, qualifica-os como cidadãos, com habilidades e conhecimentos capazes de fazer saúde de forma compartilhada, propagando a produção da saúde de forma coletiva. Para estes futuros profissionais a inserção nos cenários onde ocorre a produção de cuidado, possibilita a percepção do controle social como parte do processo de produção da saúde, assegurando o cuidado integral através da compreensão das demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades em uma nova visão de fazer saúde. Considerações finais: Este estudo revelou que o PET – Gestão influenciou para além da formação acadêmica, interferiu de maneira positiva no desenvolvimento pessoal e profissional dos monitores do programa, apontando a relevância da estruturação de uma formação que contemple as redes de atenção à saúde em sua totalidade como um campo integrado ao ensino, propiciando diferentes formas de desenvolvimento para os estudantes. Constatou-se que a inserção destes estudantes nos campos de atuação favorece um aprendizado problematizado, podendo possibilitar a formação de futuros profissionais mais reflexivos, proativos, autônomos e com um olhar mais amplo sobre as redes de saúde, percebendo a

multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e o trabalho coletivo como definidores da atenção integral. Sendo assim, desvela-se então a necessidade da continuidade de ações que fortaleçam o encontro da academia com os cenários onde se dá o desenvolvimento do cuidado e onde se encontram todos os atores envolvidos no processo de produção da saúde, podendo privilegiar uma gestão compartilhada, tendo o usuário e seu protagonismo como foco central nas ações de cuidado. * A partir desse momento usaremos apenas PET-Gestão.

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/ PB: RESISTÊNCIA OU CONSENSO

Maria Joseli de Souza Silva, Gerciane da Rocha Souza Andrade, Thaisa Simplicio Carneiro Matias, Alessandra Ximenes da Silva

Palavras-chave: contrarreforma, intelectuais, serviço social

O processo da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade vem sendo desenvolvido entre projetos distintos inconciliáveis, aquele formulado na década de 1980 com perspectiva de transformação social e outro com interesse no crescimento econômico incompatível com a universalidade e integralidade, sendo que este último fere com os direitos conquistados na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Frente a esse processo de avanços e retrocessos na conjuntura sociopolítica do país vivenciamos atualmente uma contrarreforma, momento crítico em que se descentraliza para o “setor público não-estatal” serviços que devem ser subsidiados pelo Estado, a exemplo da saúde, da cultura, da educação e da

pesquisa científica BEHRING (2008). Para tanto este artigo trata de uma Pesquisa de Iniciação Científica cota (2014-2015) que vem sendo desenvolvida na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ressaltamos que a mesma terá três anos de duração tendo em vista ser financiada pelo CNPq, a qual tem como objetivo analisar as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB. No presente estudo buscaremos apreender a contribuição dos intelectuais de serviço social nesse processo de contrarreforma da política de saúde no referido município, bem como suas proposições no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande. O movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que segundo PAIM (2008) pode ser analisado como fenômeno histórico e social resultado de um processo de ideia, proposta, projeto, movimento e processo, sendo que a RSB buscou de forma incipiente um “reforma social”, vislumbrando de certa forma uma transformação geral, tal movimento iniciou-se na década de 70, teve sua efervescência na década de 80 junto aos movimentos sociais, mas na década de 90 houve um retraimento do movimento da RSB, pois a população brasileira vislumbrava no governo de Luiz Inácio da Silva, militante do movimento social dos trabalhadores mudanças nas políticas econômicas e sociais, mas suas decisões foram inerentes ao processo de conjuntura neoliberal, fazendo prevalecer o articulado trinômio ideário neoliberal para as políticas sociais, a privatização, a focalização e a descentralização BEHRING e BOSCHETTI (2011). Neste contexto, Lula sob a subalternidade da política macroeconômica adere ao neodesenvolvimentismo, que nasce como um viés ideopolítico do neoliberalismo, este que “surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo, CASTELO (2012, p.624)”. Ressaltamos que

o processo da RSB iniciado na década de 70 contou com a participação de sujeitos políticos coletivos de diversos segmentos da sociedade, os intelectuais advindos das universidades, médicos e camadas populares dos movimentos sociais na época. Os intelectuais são responsáveis pela socialização do conhecimento, ou seja, a disseminação do pensamento social estabelecendo o diálogo entre as ideologias e o senso comum, são eles uma criação das classes sociais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade e organizar a cultura, (GRAMSCI apud SILVA, 2013). Então ressaltamos que em 2012 foi criado o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, integrado a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, este é constituído pelas seguintes entidades: Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); Centro Acadêmico de Ciências Sociais-UFCG; Centro Acadêmico de Psicologia-UFCG; Centro Acadêmico de Enfermagem-UFCG; Centro de Ação Cultural (CENTRAC); Conselho Regional de Serviço Social – delegacia seccional 3^a região (CRESS); Corrente Proletária Estudantil/POR; Diretório Central dos Estudantes (DCE-UFCG); Fórum Popular de Saúde-CG; Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS-UEPB); Sindicato dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba (SINTESP) e Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas da Paraíba (STIUP). Logo, o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande se opõe a todo e qualquer modelo de gestão privatizante para a saúde. Nesse contexto, a inserção do profissional de Serviço Social tem no enfrentamento das expressões da questão social que repercutem diretamente nos diversos níveis de complexidade da saúde, a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho, “também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”,

quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas sociais e/ou setoriais COSTA (2009, p.341)". Nessa perspectiva, apresentamos os resultados obtidos através de breve investigação, iniciamos caracterizando o Conselho Regional de Serviço Social 13^a Região/Paraíba e a Seccional de Campina Grande/PB. O CRESS/PB é uma entidade jurídica de direito público com jurisdição no Estado da Paraíba, regulamentado pela Lei 8.662, de 7 de junho de 1993, dotado de autonomia administrativa e financeira, com objetivo de disciplinar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de assistente social em seu âmbito de jurisdição. A Seccional de Campina Grande, a qual é constituída por coordenador/a, secretário/a e tesoureiro/a, e mais três suplentes, objetiva defender a profissão e fortalecer o Projeto Ético Político do Serviço Social, tem ainda em suas competências atender os profissionais e dinamizar o CRESS, receber pedidos de inscrição dos assistentes sociais, prestar contas ao CRESS das atividades e movimento financeiro da seccional, ademais a concentração das decisões permanece no CRESS/ PB, ficando a seccional a sua inteira disposição para direcionamento de suas ações. Em suma, a realização de tal pesquisa propiciará através dos resultados uma análise crítica da contrarreforma da política de saúde, dos intelectuais e da contribuição do serviço social nesse processo, bem como as suas tendências na particularidade do município de Campina Grande/PB, e esperamos que tais posições estejam de acordo com as defendidas no movimento da RSB da década de 80.

A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DAS BIOCIÊNCIAS E A PROMOÇÃO EM SAÚDE: A CIÊNCIA COMO BALIZADORA DE VERDADES SOBRE A VIDA CONTEMPORÂNEA

Anderson dos Santos Machado, Rafael Dall'alba

Palavras-chave: divulgação científica, promoção em saúde, saúde coletiva, imaginário social

As revistas que abordam a temática da saúde privilegiam assuntos relativos à promoção de bons hábitos saudáveis, práticas corporais e comportamentos sociais servindo como uma espécie de modelo para quem quer uma vida em "plena saúde". Nas capas das revistas de divulgação científica, essas questões, aparecem geralmente no debate sobre a validade dessas práticas ou reconhecimento por alguma pesquisa inovadora. Diferente das revistas comerciais, de cunho claramente publicitário, onde as ações de prevenção e indicação/prescrição de modos específicos de como produzir cuidado, configurando-se como estratégias de um modelo de saúde. No entanto, o fato de não haver na divulgação científica uma abordagem de promoção da saúde não significa que não se tenha o sugestionamento de formas específicas de como conduzir a vida. O que se apresenta nessas capas está identificado com a conduta/consumo das Biociências, com valorização do tecnológico e do biológico como meios fundamentais de manutenção da vida e maximização do bem viver, tendo por base o conhecimento científico. As condutas biocientíficas estão também diluídas nas práticas de promoção da saúde valorizando a nutrição, as práticas corporais como o fitness e que, embora também embasadas na informação científica, aproxima-se mais com outras racionalidades médicas que divergem do biocientificismo da Medicina.

A DOCÊNCIA NO PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE: NARRATIVAS DE PROFESSORES

Geovannia Mendonça dos Santos, Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Palavras-chave: Docentes, Saúde, Educação Superior, Ensino, Políticas de Educação Superior

INTRODUÇÃO: Desvelar as relações que constituem e são constituídas no trabalho docente em saúde emerge como um caminho singular para compreender o cotidiano acadêmico. Neste cotidiano, professores e universitários podem ter no diálogo uma via de comunicação e de troca. Pois ao educando não cabe apenas escutar e obedecer ao educador, mas ambos aprendem nas relações dialógico-dialéticas. No âmbito do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), expressam-se diferentes desafios, destacando-se a docência no cenário das políticas indutoras de formação em/para a saúde, a relação na tríade ensino - serviço - comunidade e o papel de mediação exercido dentro deste campo de formação. Inscrevem-se e configuram-se diversos e multifacetados espaços de aprendizagem da docência: outros modos de formar e aprender em saúde demandam processos singulares de formação dos professores. Este trabalho assume como objetivo analisar trajetórias, concepções, práticas pedagógicas, motivações e expectativas de professores atuantes no PRÓ-SAÚDE e no PET-SAÚDE que atuam nos campi São Paulo e Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. **CAMINHO DA PESQUISA:** Participaram deste estudo 13 professores, sendo nove do campus Baixada Santista e quatro do campus São Paulo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas,

integralmente transcritas e transcriadas em narrativas. A narrativa hoje tem sido utilizada como um dispositivo metodológico tanto no ensino quanto na pesquisa e diversos pesquisadores tem se aprofundado no tema trazendo discussões muito pertinentes sobre seu uso e modos de construção. Empreendeu-se uma análise de conteúdo, do tipo temática. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP e aprovado sob número 244.464, de acordo com as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). **CONHECENDO OS PROFESSORES E SUAS NARRATIVAS:** O curso com a maior representação entre os docentes participantes da pesquisa foi o de Terapia Ocupacional (31%), com média de idade é de 52 anos, tempo médio na docência de 19 anos e 92% possuem doutorado. Todos desempenham a função docente e outras funções como atividades de gestão, participação em grupos de trabalho, bancas de apresentação de trabalhos e etc. A análise realizada possibilitou apreender seis eixos temáticos. No eixo MOTIVAÇÕES/MOTIVAÇÕES PARA O PET a categoria Comprometimento com a formação destaca o contato vivido com os alunos. A possibilidade de continuar aprendendo e ensinando e a importância de oferecer e participar de uma formação mais ampla, que possa repercutir nas práticas de atenção e cuidado assim como na construção do SUS. Na categoria Vontade de ser professor surge o gosto pelo ensino e busca por um fazer significativo. A categoria Experiências anteriores traz como motivação para a docência as vivências na pós-graduação, como estágios e diferentes inserções, bem como as práticas em serviços. Quanto à motivação para a docência junto ao PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE, a categoria Aproximação com os Serviços/Rede municipal de saúdes, destaca a aproximação com as secretarias

de saúde, melhora na relação com os serviços e participação em um projeto que propõe parcerias. A categoria Intercâmbio de experiências e saberes apresenta a troca de experiências com diferentes atores na rede de serviços e na universidade e principalmente a troca de experiência com os alunos. No eixo orientador FORMAR EM SAÚDE emergiu a categoria comprometimento com a formação de futuros profissionais de saúde, onde apontam como significado possibilitar que os alunos reflitam acerca do modo como o cuidado em saúde hoje é produzido. Na categoria Repensar o modo de produzir cuidado em saúde, os docentes destacam que estas experiências de formação permitem pensar em um jeito comprometido de produzir cuidado em saúde, pautado nas demandas dos usuários e que também estas experiências ampliam a concepção dos profissionais de saúde. No eixo DOCÊNCIA a categoria Ensinar é aprender aponta a docência como prazerosa, sendo uma atividade que envolve aprendizado mútuo e constante. Na categoria formar alunos para uma prática em saúde ampliada os docentes se definem como facilitadores de aprendizagem, discussão e atribuem à docência em saúde o objetivo de preparar cidadãos comprometidos com questões éticas que dizem respeito a diferentes âmbitos e como os desafios apontam questões relacionadas ao exercício da docência nos serviços de saúde. No eixo PONTOS FORTES, a categoria Vivência nos serviços: por entre a atenção básica, a integração ensino-serviço e o compromisso com a capacitação dos Serviços Profissionais, apresentam como pontos fortes do PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE a prioridade de ações para a Atenção Básica e as parcerias entre Universidade e Secretarias. Na categoria financiamento, avanços e riscos, afirmam a importância de fazerem parte de um projeto com financiamento, mas essa questão não é

uníssona. Na categoria formação de profissionais para pensar na integralidade do cuidado, ressaltam a possibilidade de formar profissionais mais críticos e reflexivos a partir das experiências apresentadas em campo. No eixo FRAGILIDADES, a categoria Integração ensino-serviço: as (im) possibilidades da Integração e Interlocação apontam os diferentes modos de conduzir grupos de trabalho e cenários de prática idealizados. Na categoria trabalho do professor: os impasses da desvalorização e da sobrecarga aparecem à desvalorização do docente como tutor no PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE (e projetos de extensão de maneira geral) e o modo como ao mesmo tempo em que há uma política nacional que valoriza a indução de uma formação ampliada em saúde, institucionalmente é realizada uma avaliação que desvaloriza o docente que atua nessa lógica, privilegiando uma docência voltada para a produção científica. Na categoria currículo, relatam que o PET deveria ser um projeto de currículo, ampliado para todos os alunos. A categoria preceptoria dos impasses da formação e da rede de troca aponta como fragilidade o papel do preceptor coligada a questão do recebimento de bolsa. No eixo POSSIBILIDADES a categoria Diferencial na formação do aluno, docente e preceptor, aponta o PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE como um grande campo de formação para alunos, docentes e preceptores. Na categoria aproximação entre Universidade e Serviço, as possibilidades aparecem no sentido de potencializar o que vem sendo feito e/ou perpetuar um modo de fazer e cuidar em saúde. A categoria mudança na formação e currículo sinaliza que o processo de mudança na formação depende de todos os atores envolvidos e que projetos como estes contribuem para que as instituições de ensino e secretarias de saúde possam estar motivadas a contribuir com a formação voltada para o SUS. APRENDENDO COM AS

NARRATIVAS: Para os docentes que atuam no PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE não há dúvida de que, para uma efetiva transformação, além de trabalho e tempo, são necessárias mudanças curriculares e institucionais que envolvam não apenas as questões referentes ao modo como os discentes são formados. Mas também, sobre condições e oportunidades aos docentes, afim de que seja possível suscitar, naqueles que ainda não se sensibilizaram, um maior comprometimento com a formação em/para a saúde. As políticas indutoras seriam, desta forma, meios para promoção de uma formação ampla, privilegiando todos aqueles que, envolvidos com o processo, formam e estão em processo de formação. Os movimentos analíticos das narrativas permitem reconhecer a importância da formação in loco, a valorização do trabalho docente em detrimento da supervalorização da pesquisa como métrica central da avaliação docente, a formação de cidadãos e profissionais para atuarem no SUS e a integração entre universidade, serviço e comunidade como pilar fundamental para o desenvolvimento de projetos que tenham como objetivo a reorientação da formação em saúde nos diferentes espaços e para diferentes atores.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES E EXPECTATIVAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Vanessa de Souza Amaral, Maria Goreth Lourenço Caetano, Ariana Colombari de Godoi Floresta, Marianna Karolina Pimenta Cota, Milleny Tosatti Aleixo, Lucas Henrique da Silva Macedo, Andréia Alves Reis, Deise Moura de Oliveira

Palavras-chave: Enfermagem, Educação Continuada, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: As diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de saúde, incluindo as da Enfermagem, apontam a educação permanente como requisito importante para o exercício da prática profissional comprometida com as reais necessidades de saúde da população, possibilitando ao enfermeiro o desenvolvimento do processo de mudança das práticas, com vistas à qualificação profissional. O desafio da educação permanente é ainda maior no contexto da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a reorientação do modelo assistencial prediz uma implicação dos profissionais de saúde com os micro-processos do trabalho em saúde, configurando a educação permanente como uma ferramenta mediadora das mudanças vislumbradas na prática. Diversos são os estudos que versam sobre a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde, em especial para aqueles inscritos no contexto da saúde da família. No entanto, percebe-se uma lacuna na literatura, no sentido de compreender as práticas e expectativas dos profissionais – entre eles o enfermeiro – com relação ao seu próprio processo de formação em serviço. Desse modo, as seguintes questões nortearam a pesquisa: como o enfermeiro considera que a educação permanente tem contribuído para o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família? Quais as expectativas que o enfermeiro vislumbra para a sua prática a partir da Educação Permanente em saúde? Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos conhecer a contribuição que a educação permanente confere ao cotidiano profissional dos enfermeiros da saúde da família e explicitar as perspectivas vislumbradas por eles a partir da incorporação da educação permanente neste contexto de cuidado à saúde. MÉTODO: o estudo ora apresentado constitui parte de uma investigação mais ampla, que analisou também os significados

atribuídos à Educação Permanente por parte de enfermeiros da saúde da família. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que trabalha o universo de crenças, valores e atitudes dos sujeitos inseridos em uma dada realidade social, onde se inscrevem os fenômenos humanos. O estudo teve como cenário a Atenção Primária à Saúde de um município da Zona da Mata, Minas Gerais. Este conta atualmente com 18 equipes de saúde da família, que atuam em 15 unidades de Saúde da Família. A cidade conta com um projeto de educação permanente na Atenção Primária à Saúde, coordenado por docentes de enfermagem de uma universidade pública, do qual participam os depoentes desta pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, com perguntas discursivas que permitiam ao enfermeiro trazer o contexto de suas experiências e expectativas relacionadas à educação permanente na Estratégia Saúde da Família. Inicialmente foram realizadas atentas e criteriosas leituras de cada depoimento na íntegra, com vistas à identificação e apreensão inicial do sentido global do contexto de experiências e expectativas do enfermeiro da saúde da família, no tocante à educação permanente. Num segundo momento foi realizada a releitura das transcrições, com o objetivo de identificar locuções de efeito que expressem aspectos significativos da compreensão do vivido, inscrito nos depoimentos dos sujeitos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, composta pelas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. De acordo com os objetivos do estudo foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias, constructo que revelou a convergência de sentidos emergentes a partir dos depoimentos dos participantes. A interpretação dos resultados se deu pautada

no conteúdo subjacente manifestado na fala dos depoentes e à luz da literatura pertinente à temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, conforme o Parecer nº 909.717, de 09 de dezembro de 2014. RESULTADOS: O recorte do estudo ora apresentado permitiu a emergência de duas categorias temáticas: “A importância atribuída à Educação Permanente” e “Vislumbrando desdobramentos por meio da educação permanente.” Os enfermeiros entrevistados esboçaram reflexos já percebidos em suas práticas, em função do envolvimento no processo de Educação Permanente. Estes se referem tanto aos produzidos para si quanto para a equipe/cotidiano de trabalho. Quanto aos aspectos relacionados a si, ficou evidente que a educação permanente é percebida pelos participantes como uma ferramenta que lhes capacita para a prática na saúde da família, na medida em que atende à necessidade de reciclagem contínua do profissional, evidenciando-se uma aproximação conceitual com a proposta da educação continuada. Já com relação à equipe afirmam que a educação permanente auxilia na identificação e enfrentamento das situações cotidianas do trabalho em saúde, ajudando-os a organizar melhor o processo de trabalho. Foi também evidenciado pelos depoentes que a educação permanente lhes permite a experiência da troca de experiências com outros profissionais da equipe, além de viabilizar desdobramentos para a melhoria da assistência aos usuários do sistema de saúde. Esta qualificação do cuidado, presente no discurso de alguns enfermeiros, remete ao fato de a educação permanente possibilitar a tríade ação-reflexão-ação, fazendo com que repensem suas práticas e, a partir disso, retornem para elas modificadas. Há que se ressaltar que ao colocarem na pauta o que vislumbram com esta prática a maioria dos enfermeiros utiliza como perspectiva de análise o Projeto

de Educação Permanente que participam na universidade pública do município onde o estudo fora realizado. Neste sentido, pontuam expectativas que ampliem o oferecimento de oportunidades para se qualificarem para o contexto em que atuam. Isso denota que tal processo educativo ainda persiste no imaginário como uma prática externa ao processo de trabalho em saúde, mediada por instituições que apóiam – por meio de cursos, oficinas, entre outros – os trabalhadores de saúde a experienciarem os desafios inscritos no cotidiano das práticas de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: partindo-se do pressuposto de que a educação permanente não depende de espaço institucional, mas sim do próprio espaço do trabalho como um cenário de problematização e transformação das práticas de saúde, apreende-se que ainda há que se avançar em direção ao seu propósito, posto enquanto política no contexto do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o estudo também mostrou que a educação permanente, enquanto processo educativo, tem despertado os profissionais de saúde – aqui demarcando o enfermeiro – a repensar suas ações cotidianas e a propor mudanças que culminem na qualificação do profissional e da assistência ao usuário. Os achados remetem a necessidade de que a lógica da educação permanente seja efetivada enquanto política inscrita no processo de trabalho em saúde, no âmbito da Atenção Primária. Promove ainda um despertar para os enfermeiros que atuam no ensino e no serviço, quanto à importância de investir na educação permanente no processo de formação e nas práticas de saúde. Para os gestores, espera-se que este estudo sinalize aspectos que merecem atenção e investimento de esforços no incentivo e implementação da educação permanente, de modo a responder as necessidades de qualificação das práticas de saúde no contexto da saúde da família.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM FORMA DE POLÍTICA E A POLÍTICA EM FORMA DE EDUCAÇÃO POPULAR PRESENTA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

Felippe de Oliveira Cezário, Amanda Vargas Pereira

Palavras-chave: educação popular, atenção Básica, PNEP-SUS

APRESENTAÇÃO: Os esforços para a saúde dentro do Sistema Único de Saúde ser posta em prática a partir de seu conceito mais holístico e não apenas, resumidamente, assistencialista e de enxergar e praticar uma saúde que parta dos determinantes sociais de saúde e não da doença, se centram na Estratégia de Saúde da Família como ferramenta de reformulação do próprio sistema de saúde. “A Saúde da Família é apresentada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde do Brasil. Um dos sentidos da reorientação proposta busca passar de um modelo de atenção centrado na doença e na sua cura para um modelo onde a centralidade se dê na prevenção de doenças e na promoção da saúde.” (BORNSTEIN, et.al, 2014). Neste sentido, a equipe de saúde da família ocupa um papel central dentro do SUS neste processo de materialização do conceito de saúde como fomentador da cidadania e de manutenção da qualidade de vida. A Portaria nº 648 de 2006 traz para a equipe de saúde da família a responsabilidade do “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” e, principalmente ao que concerne ao Agente Comunitário de Saúde “as atividades educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade estão entre as atribuições específicas do

ACS” (BORNSTEIN et.al, 2014). O caráter pedagógico emancipador assume uma posição de eixo central na atuação dos profissionais da equipe de saúde da família para com a população compreendida em seu território de abrangência. Nesta lógica, a educação popular em saúde se firma como instrumento essencial na formação dos profissionais da equipe de saúde da família, mais focalmente nos ACS’s que devem “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 2006). Neste cenário, surge a PENEP-SUS que traz no se bojo em forma de princípios a amorosidade, o diálogo, a problematização, a emancipação, a construção compartilhada de conhecimento e o compromisso com a construção do projeto democrático popular. A PENEP-SUS deve ser entendida como um veículo capaz de fazer viva a educação popular em saúde seja na formação dos profissionais em saúde, seja no interior das relações de cuidado e atenção que são tecidas entre profissionais e usuários. Isto se revela em um dos eixos estratégicos da política, onde “O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.” Seguindo este caminho, o presente trabalho busca tratar do olhar dos profissionais de saúde que foram tocados pelos ensinamentos da educação popular na saúde em sua formação e como este contato com a educação popular

foi fértil na sua atuação profissional e cidadã, evidenciando assim a relevância e o empoderamento que são capazes com o fomento da educação popular na formação dos profissionais de saúde. Cabe destacar que o olhar trazido é pertencentes aos profissionais de saúde da atenção básica que participaram das ofertas do Programa de Educação Popular em Saúde, o EdPopSUS, fruto da materialização da PNEP-SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente trabalho faz uso como método de estudo a revisão bibliográfica, dando foco ao relatório produzido pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa em 2015, responsável por avaliar os resultados e frutos impactados na formação dos profissionais de saúde da atenção básica que participaram das ofertas do Programa de Educação Popular em Saúde em 2014, fazendo valer a implementação da Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEP-SUS). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os dados obtidos para a análise de resultados e impactos deste trabalho foram obtidos através do relatório construído pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa (NUAP) que se debruçou em avaliar o impacto do Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) nos profissionais da atenção básica que participaram do programa. Sendo assim, os dados do relatório feito pelo NUAP nos revelam que a alta motivação por parte dos profissionais de saúde que participaram do EdPoPSUS chegou a corresponder a 83,71% dos pesquisados, enquanto 15,84% tenham se declarado moderadamente motivados e, apenas, 0,45% se encontrou desmotivado em participar do EdPoPSUS. Dos pesquisados 81,9% afirmaram que a experiência trazida pela vivência no EdPopSUS servirá para sua atuação como profissional de saúde e como cidadão, já 15,84% afirmou que a experiência somará para a sua atuação como profissional de saúde e 7,69% declararam que a experiência vivida no EdPopSUS somará apenas na sua

vida como cidadão. 75,57% afirmaram que os assuntos abordados no programa serão úteis para a sua atuação como profissional de saúde de imediato. 19% afirmaram que tal tema serão úteis em sua atuação profissional no futuro, 1,36% disse que são úteis, porém não veem como aplicá-los nem no momento nem futuramente e 4,07% declaram que os assuntos não são úteis para a sua prática profissional. O percentual de respondentes que afirmaram que os conteúdos abordados pelo EdPopSUS será muito importante para a sua vida profissional chegou a 97,54% durante a pesquisa, enquanto 2, 468% declararam ser de pouca importância os conteúdos abordados pelo programa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados apontados pelo relatório produzido pelo NUAP acerca da experiência dos profissionais de saúde pertencentes à atenção básica que participaram da oferta do EdPopSUS, nos mostram o significativo impacto do contato provido pela educação popular em saúde na formação da grande maioria destes profissionais. O alto percentual de motivação destes profissionais em estarem participando do EdPopSUS mostrado pelo relatório, ou o alto percentual da experiência vivida no programa poder ser aplicada tanto a sua atuação profissional quanto na sua vida cidadã, além do percentual de mais de 90%, dentre o entrevistados na construção do relatório feito pelo NUAP, considerarem os conteúdos oferecidos pelo EdPoPSUS serem de grande relevância para a sua prática de saúde como profissional da área, apontam para a mudança. Enxergando tais resultados, concluímos que a educação popular deve ser entendida como um forte elo na formação dos profissionais de saúde da atenção básica que une o fomento e incremento da participação social dentro do SUS, remodelando o próprio sistema de saúde à medida que, junto da população, a emancipação a partir da problematização

ganha corpo e movimento; com o diálogo e escuta plenos, de modo que a realidade do outro, seja um profissional de saúde ou um usuário do SUS, fique clara a ponto de expressar suas demandas para o SUS e extrato social. Afinal, “A educação popular, portanto, traz um referencial caracterizado pelo diálogo entre os sujeitos, pela educação vista como humanização, pela compreensão integral de ser humano como sujeito constituído de várias dimensões, bem como a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação destes sujeitos.” (PULGA, 2014).

A EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR SERGIPANO

Marcio Luiz da Silva Santos, Sandra Aiache Menta

Palavras-chave: Saúde Pública, Violência, Vulnerabilidade Social,

APRESENTAÇÃO: A cada dia que passa, novas tecnologias são criadas, técnicas voltadas para o bem-estar são descobertas, enfim a preocupação com a qualidade de vida está presente como uma meta a ser alcançada constantemente. Mas, por incrível que pareça o bem-estar que se busca alcançar por meio do que foi abordado anteriormente não abrange a todas as pessoas, principalmente mulheres, crianças, idosos, negros, gays, lésbicas, transexuais, travestis, entre outros, que são considerados pertencentes a grupos vulneráveis. Quase que diariamente surgem manchetes nos meios de comunicação de massa que algum dos públicos desses grupos vulneráveis foi espancado(a), sofreu bullying, foi violentado(a) ou até mesmo evoluiu a óbito devido à violência, violência está que um sério problema de saúde pública. Ou seja, apesar de muito ter evoluído com o

passar dos anos, infelizmente no século XXI ainda há altos índices de morbimortalidade devido à violência, principalmente contra crianças e adolescentes, que segundo alguns autores são vistos como mais suscetíveis do que os outros grupos, pois, as crianças e os adolescentes são totalmente vulneráveis às diversas formas de violência, pois são mais dependentes dos adultos. A partir desta temática da violência, no ano de 2014 foi aprovado o projeto PVG2012-2014 através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), este projeto teve o objetivo geral traçar o perfil epidemiológico da situação geral de violência na cidade de Lagarto, em relação às crianças, mulheres e idosos a fim de caracterizar o perfil de crianças, mulheres e idosos que sofreram violência na cidade de Lagarto – Sergipe, no ano de 2013, também buscou caracterizar alguns aspectos quanto aos agressores e autores destas violências. O presente trabalho aborda a violência infantil, intitulado A epidemiologia da violência em um município do interior sergipano, teve como objetivo investigar quais os principais tipos de violências sofridas por crianças no município de Lagarto – Sergipe no ano de 2013, bem como identificar os principais tipos de violência; classificar a faixa etária que mais acometeu a violência, conhecer o vínculo do autor da agressão bem como, identificar os locais onde estes fatos ocorreram. A violência no seu sentido amplo, diz-se que pode ser intencional ou acidental. No entanto, a violência “estrito senso” se refere à violência intencional. Apesar de estar classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), no grupo de causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX da CID 10), a violência intencional, especificamente as agressões (Códigos X85 a Y09 da CID10) impõem a necessidade de estudá-las separadamente das outras causas externas por apresentar características e

circunstâncias diferenciadas das causas acidentais. A população mais vulnerável a violência são as crianças e os adolescentes, por sua total falta de defesa e dependência do adulto que perdura por tempo prolongado (SALOMON, 2002), conferindo ao grupo das crianças e adolescentes maior suscetibilidade e vulnerabilidade ao fenômeno, o que vem alarmando diversos setores da sociedade por seus crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes (ASSIS, 2003). De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (BRASIL, 2011), criança é a pessoa que apresenta até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade. Assim, este grupo apresenta peculiaridades por representar uma população em fase de mudanças físicas e psíquicas. No entanto essa classificação de criança até doze anos de idade incompletos e adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade é vista mais da perspectiva biológica, pois, no âmbito judicial esse grupo é classificado como grupo vulnerável até os catorze anos de idade. O tema da violência contra a criança tem sido muito estudado tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, AOMS (WHO, 2006) distingue quatro naturezas de violência contra a criança: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência. E na maioria das vezes as violências ocorrem no seio familiar e passam despercebidas ou em silêncio devido às represálias que podem surgir com a ciência e/ou denuncia destas. A violência é um problema de saúde pública e possui várias causas externas e pode acontecer em qualquer faixa etária, acometendo em grande parte mais nas crianças e nos adolescentes, e pode originar graves consequências que perpassam por diversos aspectos biopsicossociais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto ocorreu através da coleta de dados por meio de Boletins de Ocorrência – BO do ano de 2013, na Delegacia Especial

de Atendimento a Grupos Vulneráveis – DEAGV no município de Lagarto – Sergipe. Após aprovação do Comitê de Ética, CAAE: 34958014.0000.5546 e número de comprovante: 071228/2014, houve várias reuniões com a titular da DEAGV para que em conjunto a logística da coleta de dados pudesse ser iniciada. Os dados coletados foram preenchidos em questionário e esse serviu para a análise dos dados, essa análise se deu por meio do programa Excel 2013 através de tabelas. Para uma melhor apresentação dos resultados, foi dividido em duas partes sendo, a primeira parte deste relatório os resultados de casos de estupro e a segunda parte de maus tratos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Com base nos dados de 01 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2013 dos Boletins de Ocorrência – BO da DEAGV do município de Lagarto, pode-se afirmar que os tipos de violência que mais foram denunciados nesse período foi o Estupro de Vulnerável – Art. 217 – A, do Decreto-Lei nº 2.848/40, caracterizando violência sexual, e, Art. 233 da Lei nº 8.069/90 que aborda sobre Autoridade, Guarda ou Vigilância a Tortura, caracterizando Maus Tratos. Através da análise dos dados verificou-se que o tipo de violência mais notificado foi o estupro de vulnerável em sua grande maioria contra crianças do sexo feminino principalmente entre os 11 e 15 anos e agressores adultos do sexo masculino maioria parentes ou próximos das vítimas, enquanto os maus tratos, principalmente contra crianças do sexo masculino e agressores adultos do sexo feminino. Os resultados mostram que tanto nos casos de estupro quanto maus tratos o grau de parentesco ou proximidade dos agressores com as vítimas é direto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do estudo realizado percebeu-se que as crianças do sexo feminino estão mais vulneráveis ao crime de estupro e as crianças do sexo masculino aos maus tratos enquanto como

autores da agressão foram encontrados os homens como maiores causadores de estupro e as mulheres como autoras da violência de maus tratos. Os autores quando não parentes das vítimas, são pessoas bem próximas das mesmas, expondo as crianças uma situação de confiança naquele que comete a violência contra a mesma. É necessário se fazer ações de vigilância e identificação precoce e buscar aspectos que possam atuar como fatores de risco ou de proteção para o uso da força física pelas mães em relação aos seus filhos buscando contribuir para a elaboração de políticas públicas que visem à prevenção da violência física no âmbito das relações parentais, à melhoria da qualidade de vida das famílias e à superação de situações de violação dos direitos da criança.

A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Rosane Aparecida de Sousa Martins, Priscila Avelino Maitara Avelino Ribeiro, Marta Regina Farinelli, Ana Alves Pereira Lima

Palavras-chave: Educação Permanente, Residência Multiprofissional e Sistema Único de Saúde

Apresentação: Trata-se de pesquisa, em andamento, intitulada “O impacto dos Programas de Residência Multiprofissional implantados no Estado de Minas Gerais na formação de especialistas em saúde para o Sistema Único de Saúde”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em 2009, surge programas de educação permanente e entre estes se destaca a “Pró-Residência”, cuja principal premissa foi a articulação entre realidades/necessidades locais e

regionais para a formação de especialistas em saúde, em consonância com preceitos do SUS. A partir da Constituição Federal de 1988 e de legislações posteriores, houve mudanças no modelo assistencial em saúde, bem como no trabalho em saúde. Dessa forma, novas exigências foram impostas para a educação e o trabalho em saúde. Na década de 1990, a partir da legislação do SUS, uma nova reorganização na área da educação em saúde foi demandada, e nesta perspectiva, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, propôs a implementação da interdisciplinaridade e da integração entre trabalho e educação em saúde. As políticas de educação na saúde ganharam novas perspectivas e a educação permanente em saúde foi tomada como eixo estruturante das ações do poder público. Nesta conjuntura, foram instituídos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, como parte das ações integrantes das políticas de formação para o SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde preconiza, em consonância com os preceitos do SUS, a cooperação intersetorial, a educação em serviço, a concepção ampliada em saúde, a integração entre ensino-aprendizagem-trabalho e entre ensino-serviço-comunidade; a formação integral e interdisciplinar. Além disso, os projetos pedagógicos, norteadores das ações nos programas, devem apontar para uma formação pautada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Diante das potencialidades dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em modificar a formação dos trabalhadores em saúde, bem como modificar as práticas dos profissionais na saúde, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar os impactos desses programas, implantados em Minas Gerais, na formação de especialistas em saúde para o SUS. Nesta etapa, destaca-se dentre os objetivos específicos, a compreensão das propostas pedagógicas

das Residências Multiprofissionais em Saúde de Minas Gerais identificando de que modo esta proposta de formação poderá contribuir para provocar mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde e na integração ensino-serviço-comunidade. Desenvolvimento do trabalho: A investigação de abordagem quanti qualitativa encontra-se em desenvolvimento. Constitui-se em: revisão bibliográfica acerca do objeto de estudo, ou seja, o impacto das residências multiprofissionais na formação de especialistas em estudo documental, abrangendo a análise das principais legislações acerca dos programas e do SUS, bem como a análise dos projetos pedagógicos dos programas. Será desenvolvida a pesquisa de campo, cujo cenário serão as instituições formadoras e executoras dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Estado de Minas Gerais, tendo como participantes os residentes, tutores, preceptores e coordenadores dos programas escolhidos mediante sorteio. A referida revisão bibliográfica e estudos/ análise nos documentos como: projetos pedagógicos, composição da COREMU, planos de ensino, entre outros enviados pelos Programas de Residência estão sendo realizados pela equipe de pesquisadores, bem como a organização da pesquisa de campo: questionários norteadores, escolha dos participantes e contato com estes por meio de correio eletrônico (email). Resultados e/ou impactos: A pesquisa possui resultados parciais, para o entendimento dos Programas de Residência Multiprofissional na formação de especialistas preocupados com um modelo de saúde multiprofissional, integrado e interdisciplinar. O estudo está sendo desenvolvido 10 (dez) instituições no Estado de Minas Gerais que possuem o programa de Residência Multiprofissional e que foram definidas como participantes de pesquisa

por meio de sorteio. As instituições formadoras sorteadas foram: Centro Universitário do Sul de Minas, Faculdade de Medicina de Itajubá, Universidade Federal de Montes Claros, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Alfenas, Centro Metodista Isabela Hendrix e Pontifícia Universidade Católica de Minas. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (CEP nº 1.058.197) procedeu-se ao contato com os programas sorteados e ao convite para participarem da pesquisa. Dentre os 10 programas ressaltase que um programa não iria mais ser ofertado (Centro Universitário do Sul de Minas/Varginha-MG), dois programas se recusaram a participar da pesquisa (UFMG/Belo Horizonte e Faculdade de Medicina de Itajubá) e sete programas aceitaram participar da investigação. Destes, seis programas enviaram os documentos solicitados. Em relação à pesquisa documental, inicialmente foi realizada a pesquisa nos sites das Universidades e Instituições, para análise das informações contidas e divulgação dos Programas de Residências Multiprofissionais. A investigação baseou-se em informações acerca de editais, projetos pedagógicos, seleção dos programas, informações de diretrizes, COREMU, dentre outras. Como conclusão, foi percebida uma ausência de informações nos sites e portais da maioria das instituições acerca dos programas de residência multiprofissional, ou as informações são disponibilizadas de maneira superficial e incompleta nas páginas iniciais das instituições. A questão da falta de divulgação e de informações necessárias acerca dos programas é apresentada como um dificultador para dar visibilidade a essa proposta de educação permanente para os profissionais da saúde. Na mesma direção, ressaltase a falta de acesso aos projetos

pedagógicos dos programas de Residência Multiprofissional, nos sites ou portais das instituições de ensino como também no próprio portal da saúde, ou mesmo no portal do MEC. Na revisão de literatura foi possível refletir acerca das principais mudanças ocorridas em relação à educação permanente em saúde e à gestão do trabalho em saúde. Os textos estudados contribuíram na percepção da importância do estabelecimento de estratégias que fortaleçam a educação permanente em saúde, na perspectiva de se solidificar um novo modelo de assistência, pautado no SUS. Cabe ressaltar que no contato com as instituições participantes da pesquisa, o processo permitiu evidenciar os desafios ainda presentes na organização e na divulgação dos programas, tendo em vista que houve dificuldades na comunicação e na obtenção dos projetos pedagógicos. Considerações Finais: A presente investigação propiciou aprofundar o conhecimento acerca dos Programas de Residência Multiprofissional, implantados no Estado de Minas Gerais, na formação de especialistas em saúde para o Sistema Único de Saúde, com vistas a identificar as possíveis mudanças ocorridas na gestão de trabalhadores para SUS, os desafios e limites no processo de trabalho multiprofissional comprometido com os princípios do SUS, bem como apontar desafios para a concretização da educação permanente em saúde. A partir da leitura e análise do material teórico constata-se que os Programas de Residência têm se preocupado com a formação de especialistas críticos, na perspectiva da educação permanente em movimento, para que estes profissionais consigam ter uma visão ampliada de saúde para atuar no SUS. Contudo, é preciso que as instituições formadoras dos especialistas em saúde, a partir dos Programas de Residências Multiprofissionais, se organizem para que haja a divulgação e socialização das informações acerca de editais, projetos

pedagógicos, seleção dos programas, diretrizes, COREMU, dentre outras, para que o programa ganhe visibilidade e seja fortalecido em consonância com os princípios do SUS. E principalmente, para que a sociedade civil possa compreender a proposta de educação permanente e contribuir por meio da participação e controle social para que estes programas possam fortalecer e fomentar a implementação dos princípios e diretrizes do SUS nos diversos serviços de assistência à saúde em Minas Gerais.

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NO SUS

Káriston Eger dos Santos, Jair Brito da Costa, Amanda Souza Barbosa, Vivian Rahmeier Fietz, Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Palavras-chave: Formação profissional, educação física, SUS

APRESENTAÇÃO: A Saúde Pública no Brasil vem passando por uma série de modificações e iniciativas que tiveram início na década de 70, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela lei 8.080/1990 (JUNQUEIRAI, 2009). Com o desenvolvimento do SUS a população teve o direito e acesso a um novo modelo de assistência a saúde pública que levava como características básicas a universalização do atendimento, a descentralização, integralização e regionalização nesse processo (RONZANI; SILVA, 2008). Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pela Portaria Ministerial nº 692/947 (BRASIL, 1994), tinha como objetivo consolidar o SUS e seu foco principal era a assistência da família abrangendo fatores físicos e sociais para promoção da saúde (LEITE; VELOSO, 2009 e FERREIRA; SCHIMITH, 2010). Contudo

houve uma mudança de terminologia de PSF para programa Estratégia Saúde da Família (ESF), programa este composto por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, agente comunitários entre outros (KANTORSKI; JARDIM; PEREIRA, 2009). Como a demanda para a cobertura de atenção básica era muito extensa a ESF não foi capaz de suprir toda essa necessidade. Para que isso ocorresse de uma melhor forma o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 através da Portaria G.M nº 154/2008, que possuem como proposta cumprir os objetivos estipulados pelo SUS e ESF. Assim o programa conta com uma equipe multidisciplinar, mas um pouco mais completa que o ESF. Fazem parte deste programa, profissionais como o médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008). Três anos mais tarde a essa equipe acrescentou-se o médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2011) a fim de levar a população com essa equipe, o tratamento de doenças, a reabilitação e manutenção da saúde na comunidade (GOMES; DUARTE, 2008). Essas mudanças foram acompanhadas pela inserção do profissional de educação física no SUS como podemos observar no descrito do parágrafo acima. Isso se deu quando doenças que têm em sua origem o sedentarismo se tornaram uma epidemia global, onde políticas públicas voltadas para saúde necessitaram de um aporte para trabalhar contra esse processo de disseminação de doenças relacionadas à falta de atividade física, o que já podia

ser observado com grandes taxas de pessoas acometidas por essas doenças em outros países (GOMES; DUARTE, 2008). As mudanças no currículo da educação física são algo extremamente complexo, tendo em vista que a atuação na área esta atrelada a pressupostos teóricos bem distantes do que se preconiza a atuação no SUS (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). Desta maneira o objetivo deste estudo é realizar uma pesquisa documental e da literatura sobre o currículo do curso de graduação em Educação Física, analisando a formação desse profissional para sua inserção no Sistema Único de Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para o desenvolvimento deste estudo será realizada uma pesquisa documental em artigos e publicações da área da Saúde e da Educação Física, analisando pareceres e resoluções além de outros documentos oficiais para a criação dos Programas de Saúde Pública e a inserção do profissional de educação física no SUS. Com base nas informações obtidas, torna-se possível a observação e discussão da atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde e sua formação para tal. **RESULTADOS:** O curso de educação física teve sua origem no século XIX, na época criado como um curso técnico, que só tempos depois recebeu o título de curso superior. A sua criação foi criada baseado no processo de higienização e mecanização dos corpos. Com as propostas do governo para o curso, ele foi se adaptando as mais diversas exigências para a formação do profissional de educação física, a partir de então o curso passou por várias modificações até chegar à formação que temos hoje (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Educação Física, de 18 de Fevereiro de 2004, o curso de Licenciatura em Educação Física passou a formar um profissional exclusivamente para a Educação Básica, ou seja, para atuar nas escolas de

Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio, bem como para desempenhar atividades de planejamento, coordenação e supervisão de atividades pedagógicas do sistema formal de ensino. O licenciado pode também atuar em pesquisas relacionadas ao ensino e suas interfaces com outras áreas de estudo, entretanto não podem atuar em academias, clubes e outros espaços não-escolares (BRASIL, 2004). O Bacharel em Educação Física forma profissionais para a área não-escolar (clubes, academias, centros comunitários, hotéis, associações recreativas, empresas e outros). Seu objetivo é formar o profissional de Educação Física para atuar no planejamento, orientação e avaliação de programas de atividades físicas e saúde para grupos de crianças, jovens, adultos e idosos em condições saudáveis ou integrantes de grupos especiais (com fatores de risco, pessoa com deficiência, gestantes e outros) (BRASIL, 2004), estas seriam características exigidas para a atuação no SUS. Para que esse profissional da educação física seja inserido e supra as necessidades exigidas pelo sistema de saúde, é necessário que o currículo da formação do curso acompanhe essas mudanças. Skowronski (2014) mostra em sua pesquisa feita com egressos do curso de educação física que o currículo da graduação contempla disciplinas que são inerentes a área da saúde como anatomia, fisiologia, primeiros socorros, sinésiologia, antropométrica e medidas de avaliação física; mas é falho ao preparar o profissional pra trabalhar no sistema de saúde não ofertando disciplinas que são específicas para preparar o profissional com o propósito de ser inserido no sistema de saúde. Fato esse também relatado anteriormente por outros autores como Pinho (2011) e Pasquim (2010), deixando clara a escassez de disciplinas voltadas à prática do profissional de educação física que irá atuar no campo da saúde pública. As mudanças no currículo da educação

física são algo extremamente complexas, tendo em vista que a atuação na área está atrelada a pressupostos teóricos bem distantes do que se preconiza à atuação no SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Na análise das publicações referentes ao currículo da graduação em educação física observou-se uma falha na formação do profissional de educação física para ser atuante de maneira eficaz no campo da saúde pública. O atual currículo tem sua conformação em um modelo direcionado a performance. Em estudos analisados ficou claro que na graduação o estudante tem contato com disciplinas que o preparam para atuar em escolas ou então em clubes, academias, ou seja, o esporte em geral. Porém notou-se a ausência de ações direcionadas ao preparo desse profissional para atuação no Sistema Único de Saúde.

A FORMAÇÃO DOCENTE DE PÓS-GRADUANDOS NA ÁREA DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOCENTE

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Lidia Ruiz-Moreno, Patrícia Lima Dubeux Abensur, Jhullyany Santos Duarte, Maria das Graças de Arruda Silva, Lunara Oliveira Farias Santos, Luciane Soares de Lima

Palavras-chave: Formação docente, Pós graduação, Saúde

Apresentação: O estudo apresentado consiste em um estudo multicêntrico na área de formação docente na pós-graduação, desenvolvido pela Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de São Paulo, Universidade do Rio Cuadro (Argentina) e Universidade de Córdoba (Argentina). O foco da formação docente na UFPE se dá com alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, no

qual estão inseridos profissionais da área de saúde, juntamente com profissionais de áreas interdisciplinares. Esta proposta visa contemplar e fomentar a função docente no aluno de pós-graduação, tendo em vista a sua inserção atual ou futura como Docente do Ensino Superior, articulando o ensino da pós-graduação ao ensino da graduação em enfermagem na disciplina de Metodologia Científica. Desse modo, o estudo tem como objetivo geral Analisar o processo de formação docente de alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente. Desenvolvimento do trabalho: O estudo tem um enfoque qualitativo, sendo desenvolvido com estudantes de pós-graduação (Doutorado) no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Atualmente, a UFPE possui 128 cursos de pós-graduação stricto sensu (sendo 69 Mestrados Acadêmicos, dez Mestrados Profissionais e 49 Doutorados, além de 79 cursos de pós-graduação lato sensu - especializações). Como cenário de pesquisa a formação docente dos alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente na Disciplina de Prática Docente II tem como campo de atuação prática a disciplina de Metodologia Científica I no 2º período do Curso de Graduação em Enfermagem. Durante a disciplina os pós-graduandos trabalham em sala de aula com estratégias de ensino dialógico-problematizadoras, contando com aporte teórico para subsidiar o planejamento das aulas. Além disso, contam com a discussão compartilhada do planejamento, leituras e discussões de subsídios teóricos da área de educação para direcionar a sua atividade docente. Adicionalmente, após as aulas realizam a reflexão sobre a referida prática. Essas aulas acontecem semanalmente, com quatro aulas no grande grupo de alunos da graduação, e as demais aulas serão realizadas em forma de tutoria com grupos de sete alunos em cada grupo. O

conteúdo referente à metodologia científica é trabalhado de forma contextualizada e aplicado à construção de um projeto de pesquisa. Nessa construção do projeto de pesquisa os pós-graduandos utilizam leituras e discussões de artigos, aulas em laboratório de informática, divisão de tarefas colaborativas entre o grupo, de forma a incentivar a participação ativa dos graduandos em enfermagem, além de mobilizar competências de trabalho em grupo. A coleta de dados consta de um formulário com variáveis socioeconômicas e demográficas, experiências anteriores como docente, expectativas em relação à prática docente, além de uma carta de apresentação e relato de experiências individuais, abordando situações significativas dos pós-graduandos como alunos ou como docentes, as quais constituíram corpus para análise. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Resultados: A partir da análise de conteúdo, emergiram duas categorias centrais. Na primeira, evidencia-se a busca pelas competências necessárias para o “ser docente” a partir de uma tendência sociocultural. Nos relatos dos doutorandos são destacadas algumas qualidades primordiais para o ser docente, como o papel mediador do professor para a autonomia do estudante de graduação, a necessidade de uma comunicação adequada na sala de aula, a articulação entre o saber teórico e as necessidades dos serviços de saúde e a importância dos condicionantes históricos, sociais e culturais para uma aprendizagem significativa na formação do futuro profissional de saúde. Além disso, os doutorandos ressaltam a inspiração do “ser e fazer docente” em outros docentes que fizeram parte da sua trajetória para a busca de uma identidade. Nos relatos dos doutorandos foram lembrados docentes que nas suas trajetórias se tornaram marcantes por dois motivos principais. Os primeiros por serem exemplo de professores

que valorizavam o conhecimento técnico associado com pressupostos didáticos e a presença de uma postura ética nas relações humanas. Por outro lado foram lembrados docentes que se destacaram pela imposição de uma relação de poder, desqualificando o aluno e seus saberes. Considerações finais: Evidencia-se a relevância da formação docente na pós-graduação em saúde devido às novas demandas e desafios enfrentados pela Universidade. O papel do professor universitário e o desafio na construção dos saberes docentes necessários implica a necessidade de reflexão sobre a própria prática ancorada em referenciais educativos que possam ressignificar a função docente.

A FRAGMENTAÇÃO DO TEMA VIOLÊNCIA NOS CONTEÚDOS TRABALHADOS EM CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA

Carine Vendruscolo, Daiana Kloh, Elisângela Argenta Zanatta, Lucinéia Ferraz, Thais Cristina Hermes, Jean Henrique Kruger, Peterson Luiz Duarte, Sônia Dalmagro

Palavras-chave: Violência, Ensino, Enfermagem

Apresentação: a violência está presente no processo de evolução da sociedade desde os tempos mais antigos e, de diferentes maneiras, sempre causou e ainda vem causando danos à população. A área da saúde tem grande responsabilidade quanto à atenção relacionada à violência, por estar em contato com a vítima e com o agressor. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a violência como o uso intencional da força, poder ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, com possibilidade de resultar em lesão, privação, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou morte (KRUG et al., 2002). Dentre os diferentes espaços

da sociedade em que está presente a violência, inclui-se o meio acadêmico, em que as relações interpessoais podem gerar conflitos. Nesse âmbito, se manifesta por meio de comportamentos agressivos dos acadêmicos entre si e com os professores, por vezes, configurando-se desde a forma mais abstrata até as mais visíveis. Embora ela esteja presente nos processos pedagógicos, não é totalmente percebida, provavelmente pela reprodução hierárquica, socialmente construída e mantida por docentes e discentes (CRUZ; PEREIRA, 2013). Objetivou-se analisar estudos que tratam do tema violência e sua expressão em produções no âmbito da formação em saúde, publicados no Brasil, para posterior pesquisa de campo com docentes de Universidades públicas com cursos de Enfermagem. Metodologia: para o presente trabalho, foram analisados oito estudos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os quais tratam da fragmentação do tema violência nos conteúdos trabalhados em cursos da área da saúde. Desenvolvimento: em relação aos estudos analisados, nota-se considerável atenção ao tema violência nas escolas médicas americanas, inclusive durante a residência, o que favorece a aproximação dos conteúdos teóricos com a prática. Nessa direção, apresentam diferentes possibilidades para a incorporação da violência entre parceiros sexuais às grades curriculares, como por exemplo o currículo baseado em problemas. Essa estratégia retoma o conteúdo a partir das necessidades da prática, além de valorizá-lo. Os autores chamam a atenção para a evidência de que os estudantes que receberam formação sobre essa temática se sentem mais capazes para reconhecer vítimas de violência sexual. Os estudos sinalizam um considerável distanciamento da temática violência contra a mulher com as grades curriculares de cursos da saúde. Essa falta de abordagem, na ótica dos autores, se

traduz em falta de preparo profissional para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, na perspectiva emancipatória e intersetorial, pois a atenção à saúde tende a ser fragmentada e verticalizada – cada categoria profissional vê de um modo a condução do problema. Além da abordagem frágil, esse olhar fragmentado caracteriza também uma abordagem muito técnica ao problema. Nesse sentido, vale lembrar que o alto investimento em adequação da rede física, tecnológica, de medicamentos e de insumos, quando descolado do adequado preparo e envolvimento dos profissionais da saúde com a proposta do SUS não é uma estratégia eficiente para consolidar a Política de Saúde do Brasil. Pensando nisso, o Ministério da Saúde (MS) tem apostado em parcerias, associadas à abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica à saúde. Uma dessas parcerias, com o Ministério da Educação, resultou no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O Pró-Saúde tem a integração ensino-serviço como essência, a partir de movimentos de aproximação da Instituição de Ensino Superior (IES) com os serviços públicos de saúde, bem como da fundamentação na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007a). O Programa é considerado como uma das ações estruturantes de reorientação da formação profissional em saúde, estratégias essenciais para transformar o modelo de aprendizado conteudista e fragmentado e o modelo de atenção à saúde biologicista, ainda hegemônicos no país. Os estudos, ainda, chamam a atenção para a fragilidade do ensino e também da rede de suporte e atenção à saúde, no que tange a violência à criança. Os autores consideram urgente pensar estratégias que contemplem a

qualificação dos profissionais implicados na atenção. Referem que uma das possibilidades que se vislumbra é discutir casos no âmbito da equipe multiprofissional de saúde e ampliar as discussões éticas sobre as temáticas, nos processos educativos – formação e educação permanente. A abordagem precária, limitada a algumas disciplinas, deixa o estudante inseguro e com a sensação de despreparo para atuar na prática. Os autores recomendam a aproximação da gestão, do serviço e das IES, a fim de redirecionar currículos e demandas de educação permanente e/ou continuada. Anterior ao Pró-Saúde e outras ações estruturantes de reorientação da formação, já pensando em aproximar gestão, atenção, ensino e controle social, no âmbito dos processos educativos em saúde. Desde 2004 MS vem implementando a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como ferramenta fundamental na construção de práticas democráticas de gestão do trabalho, a fim de garantir a qualidade do cuidado prestado, o acesso e a cobertura universal de saúde (BRASIL, 2007b). O envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço, na perspectiva da construção e desenvolvimento de propostas conjuntas no âmbito da formação e desenvolvimento profissional na área da saúde, torna possível a integração entre teoria e prática, a serviço da reflexão e da transformação da realidade (práxis). A partir desses pressupostos, elabora-se a educação problematizadora, num esforço permanente, em que os sujeitos se percebem criticamente no mundo, buscando soluções adequadas e comprometendo-se com a resolução dos problemas encontrados (FREIRE, 2005; 2006). Considerações Finais: diante de sua vasta abrangência na sociedade, considera-se baixo o número de artigos encontrados sobre a abordagem da violência na formação em saúde, além disso, o perfil das publicações encontradas centra-se apenas nas áreas de enfermagem, odontologia e

medicina. Por estes motivos entende-se como importante a realização de pesquisas nesta área, independente da categoria profissional para melhor compreensão do tema. A violência emerge como temática que carece de atenção prioritária no processo de formação em saúde, sobretudo, quanto a problematização da temática na grade curricular como um tema transversal e no fortalecimento de apoio pedagógico aos docentes a fim de sensibilizar para a integralidade das ações à vítima e agressor. Nesse sentido, a aproximação entre a formação e a atenção em saúde é condição sine qua non, além do envolvimento de outros setores, com vistas às mudanças desejadas no ensino dos profissionais de saúde, refletindo na qualificação da prática. Ressalta-se a Educação Permanente e outras iniciativas interministeriais como dispositivos importantes para o adequado encaminhamento de questões como a violência que, além do difícil manejo, são problemáticas que refletem as necessidades emergentes da população brasileira. Entende-se por isso, a necessidade de estudos que sigam esta direção, especificamente relacionados à formação de profissionais com relação à temática violência.

A IMPLEMENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE: DISCUTINDO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - UFMS

Luciana Shirley Pereira Zanela, Laís Alves de Souza Bonilha, Mayara Pereira de Souza, Amanda dos Santos Ferreira, Larissa Nakahata Medrado, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Políticas de Formação em Saúde, Sistema Único de Saúde.

APRESENTAÇÃO: A formação dos trabalhadores em saúde traduz-se em um dos grandes “nós críticos” para o modelo tecnoassistencial existente, que priorizam diferentes interesses em detrimento da saúde da população. Esta é uma realidade a ser trabalhada, a partir dos eixos que fundamentam o Sistema Único de Saúde, considerando-se a Educação Permanente em Saúde importante estratégia de transformação profissional, problematizando as práticas. Neste cenário, as Residências Multiprofissionais em Saúde atuam na formação de profissionais para consolidação do SUS, com a finalidade de construção coletiva de saberes, valorização dos trabalhos em equipe e reorientação da lógica tecnoassistencial. O conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, surge neste contexto enquanto possibilidade de educação responsável, capaz de promover interações, mobilizações e transformações na realidade instigando o protagonismo dos atores envolvidos no universo individual, coletivo e institucional. Esta pesquisa objetivou investigar em que medida os pilares do Quadrilátero de Formação estão contemplados no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Cuidados Continuados Integrados com área de concentração: Atenção à Saúde do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e prática realizada no Hospital São Julião. **MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo exploratório, no qual foram incluídos quatro residentes que estavam no segundo ano da Residência, fator importante para a identificação dos pilares componentes do Quadrilátero da Formação, considerando o contato mais aprofundado com o aporte teórico disponibilizado pelos projetos pedagógicos dos Programas de Residência, foco de nosso trabalho. Elaborou-se um roteiro de entrevistas semi-estruturada, o qual foi submetido a um teste piloto. O objetivo foi verificar sua pertinência, adequação e

compreensão das perguntas em relação ao objetivo do estudo. A análise da mesma apontou para a necessidade de melhor organizar o roteiro, bem como alertou os pesquisadores para a forma de condução da entrevista, possibilitando maior expressão de idéias por parte dos entrevistados. Os residentes foram entrevistados por uma única pesquisadora por ordem de sorteio. As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes, sendo posteriormente transcritas e organizadas pela pesquisadora. Foi perguntado aos participantes: como a gestão, a educação, o trabalho e o controle social se relacionam no processo de cuidado? Além disso, foi solicitado que o residente descrevesse um caso real, exemplificando como se estabeleceu a relação entre os eixos, caso ele já houvesse vivenciado essa situação. Para análise dos resultados, utilizou-se a abordagem qualitativa por meio do método de análise de conteúdo preconizado por Bardin (1977). A abordagem de análise de conteúdo teve a finalidade de explicar e sistematizar o conteúdo das mensagens, significando as mesmas a partir de sua origem com seu contexto e efeitos. Buscou-se analisar a frequência das mensagens, bem como a ausência destas, a partir do critério da classificação. Utilizaram-se três etapas na avaliação e tratamento dos dados: 1- Pré-análise: consistiu na sistematização e organização das informações coletadas nas entrevistas estruturadas, por meio de leituras sucessivas. Foi necessário ainda identificar a relevância dos indicadores por meio da frequência com que estes apareceram no texto. A ordem a ser estabelecida ocorreu naturalmente, a partir das leituras realizadas; 2- Frequência: instância em que foi avaliada ainda a importância que cada unidade de registro representou a partir do número de aparições deste elemento na entrevista. A partir da saturação dos dados, foi realizada interrupção de captação da amostra; 3- Exploração do material:

referiu-se a indicação de uma unidade de significado, permitindo a delimitação de um cenário aos entrevistados. Sendo realizada a categorização dos dados buscando sua significação, chegou-se ao momento da inferência e da interpretação, com a análise dos dados previamente tratados e categorizados. **RESULTADOS:** Apropriando-se do método análise de conteúdo das quatro entrevistas realizadas com Residentes Multiprofissionais, foram detectados diferentes pontos de vista acerca de cada um dos pilares do quadrilátero da formação. Foi identificada na gestão quatro grandes áreas, sendo que em primeiro momento é concebida enquanto instância normativa, detentora das decisões institucionais e operacionais, definindo fluxos, demandas individuais e coletivas. Pontua-se ainda a responsabilidade da gestão junto ao processo de cuidado do paciente e na formação do trabalhador de saúde, devendo atuar na construção de uma rede de cuidados de saúde de forma eficiente. Os profissionais que se encontram à frente dos serviços foram identificados enquanto os gestores, sendo apontada a necessidade de descentralização e compartilhamento da gestão. A formação aparece em três grandes áreas, estabelecendo-se relação significativa entre formação e prática, com a percepção de relevante possibilidade de transformação da visão conservadora das práticas de saúde, demandando a problematização dos processos de trabalho. Os entrevistados relatam necessidade de busca de evidências teóricas ao diagnóstico, tratamento e condutas e domínio técnico-científico. A falta de autonomia da equipe multiprofissional foi afirmada a partir da persistência da valorização do modelo biomédico. Nas práticas de saúde, as múltiplas demandas são uma preocupação, que resultam na insegurança da atuação do profissional residente, requerendo ampliação do conhecimento técnico. Esta

insegurança é associada ainda a falta de suporte da preceptoria em algumas áreas. Falhas de comunicação entre equipe e paciente foram o grande nó crítico percebido, sendo constatada a necessidade de compartilhamento na construção do Projeto Terapêutico Singular, incentivando a autonomia do paciente na participação da construção e decisões voltadas a seu tratamento. A corresponsabilização surge enquanto resultado da atuação da Equipe, buscando a prevenção de novos agravos. A percepção da totalidade, valorizando o princípio da integralidade no atendimento fica evidente a partir da apreensão dos aspectos biopsicossocial nas práticas do cuidado elucidados pelos entrevistados, o modelo tradicional perde espaço a partir de enfoque dado a nova forma de conceber o ser humano, chamada integralidade, que passa a considerar suas relações com o meio em que vive. Outro ponto evidenciado pelos entrevistados foi a necessidade de dinâmica diferenciada entre os atores do processo de saúde-doença, de forma que estes possam de fato se organizar no protagonismo da produção de saúde contando com a atuação de Equipes Multiprofissionais e dos usuários dos serviços. O controle social, em sua função é desconhecido por parte do grupo, sendo confundido com a atuação do assistente social. Em outra afirmação é percebido enquanto instrumento de controle, condicionando o sucesso do tratamento com a adequação da família e paciente com normas institucionais e condutas terapêuticas impostas. Entretanto, também foi sugerida enquanto dimensão ampliada do tratamento em diferentes aspectos, destacando a responsabilização do usuário e trabalhadores de saúde no processo de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As entrevistas analisadas inferem acerca da necessidade de se estabelecer relação entre pilares que compõem o quadrilátero da formação, destacando a preocupação dos

residentes para que estes sejam presentes, considerando a proposta da educação permanente e as demandas institucionais e dos usuários do serviço. Todavia, não foi percebido equilíbrio entre os componentes do quadrilátero, afirmando existência de lacunas a serem solucionadas no processo de formação de residentes, profissionais dos serviços e alunos da graduação.

A INFLUÊNCIA DA LABILIDADE EMOCIONAL NO VIVER DO ADOLESCENTE ESTUDANTE DE ENSINO FUNDAMENTAL PÚBLICO E A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NESTE CONTEXTO

Samara Cristhina Rosa de Lima, Alessandra Pacheco Braga, Angela Bittencourt, Ana Carolina da Silva Barbosa, Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva, Noelle Pedroza Silva, Luziel da Cruz, Thauana dos Santos Fernandes

Palavras-chave: Educação, Terapia Ocupacional, Sentimentos, Emoções, Adolescência

INTRODUÇÃO: A adolescência é definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período entre os 10 aos 19 de idade e se caracteriza pelo crescimento e desenvolvimento acelerado com significativas mudanças biológicas e emocionais. A Terapia ocupacional tem sido utilizada, cada vez mais, em intervenções que ultrapassam os espaços tradicionais, indo à busca da ampliação do entorno social, da autonomia e da melhoria do bem estar das pessoas onde o adolescente se encontra. Desta maneira, vários pesquisadores têm buscado ampliar a rede de atuação, para além dos muros da universidade indo ao encontro das comunidades, na qual a escola se insere. Sabe-se que os alunos que estudam nas

unidades escolares municipais apresentam vulnerabilidades sociais, frente à vida, a família, a comunidade e para tanto se faz necessário criar parceria com a educação, o que tem permitido proporcionar ações voltadas para as questões do cotidiano escolar, no qual se insere as questões sociais, de gênero e da obesidade, quando o fazem sofrer bullying. Como formas de viabilizar ações na escola, o projeto trama escolar, amplia a atuação da Terapia Ocupacional, no apoio do adolescente da rede municipal, no que concerne a sua labilidade emocional, de gênero e social e se vincula as experiências que ocorrem na escola, da qualidade da relação professor-aluno, da construção de espaço de confiabilidade, onde aprender e ensinar acontece de modo significativo (BRUNELLO et al, 2004). É pelo criar, que o adolescente se empodera do saber que não se limita ao desenvolvimento da consciência, mas propicia processos de transformação e apropriação social para que consiga intervir e agir em seu ambiente. A Terapia Ocupacional ao utilizar como ferramenta do cuidado o fazer, ela propicia a desconstrução de comportamentos, sentimentos e ações alienantes que inviabilizam o aprendizado, porque o fazer (criar) possibilita e potencializa o ato criativo, o vínculo, a expressão cultural, a relação de gênero e a aceitação da obesidade. **OBJETIVO:** Descrever a atuação da terapia ocupacional no contexto escolar buscando identificar a labilidade emocional e como ela favorece as relações emocionais, no conviver cotidiano do aluno frente ao seu autoconceito e a relação da autoimagem. **METODOLOGIA:** Baseia-se na abordagem qualitativa da pesquisa-ação na qual segue um ciclo de oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Tripp (2005) refere que a pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar à ação que se decide melhorar a

prática, cujas técnicas atendem a todos os tipos de pesquisa acadêmica. A forma inicial se caracteriza pela colaboração e negociação entre especialistas e práticos, integrantes da pesquisa. Atualmente, a pesquisa-ação beneficia seus participantes por meio de processos de autoconhecimento e quando enfoca a educação, informa e ajuda nas transformações. Segundo Elliott (1997, p.15), ela permite superar as lacunas existentes entre a pesquisa educativa e a prática docente, ou seja, entre a teoria e a prática, e os resultados ampliam as capacidades de compreensão dos professores e suas práticas, por isso favorecem amplamente as mudanças. Sob essa perspectiva, este estudo busca junto aos educandos identificar as emoções e os sentimentos frente à obesidade e a si mesmo, pois a criação deste ambiente proporciona a verbalização e a análise de como essa profissão pode auxiliar e compreender as necessidades do fazer atividades físicas, emocionais, cognitivas, para que possibilite equilíbrio, bem estar e conforto. A coleta de dados envolve oficinas, palestras, atividades psicodramáticas, jogos, testes e tarefas para casa, que visam favorecer o diálogo e as trocas entre eles. Sabe-se que o jogo gera situações de interação e de construção de conhecimento da realidade, desociabilidade, de experimentação da relação com o outro, de aproximação da cultura e de exercício da decisão e da invenção, permitindo ao adolescente, colocar-se em contato com seus limites e capacidades, bem como, com seus sentimentos, num clima favorável de satisfação pela possibilidade de criação das próprias decisões, ação sobre as situações concretas do cotidiano e realização de seus desejos e escolhas. Assim sendo, esta pesquisa utiliza como coleta de dados, jogos, anagramas, sentimentos, imagem corporal e aplicação de testes para verificar se existe alguma alteração cognitiva. Para análise, optou-se pela análise de conteúdo

de Bardin. **RESULTADOS:** Este estudo está sendo desenvolvido com adolescentes estudantes do 6^o ao 9^o ano do ensino fundamental de uma escola pública, próxima ao campus do IFRJ- Realengo, sendo cada turma com em média 30 a 45 alunos todos participantes, os encontros ocorrem quinzenalmente, com duração de uma hora, a coleta de dados apresentada, demonstram os primeiros achados neste estudo. A primeira oficina se caracterizou pela apresentação do tema aos alunos, abriu-se a conversa pela apresentação individual onde cada um pode falar seu nome idade e uma palavra que os pudesse definir. Esta dinâmica trouxe ao grupo grandes reflexões quanto, a impossibilidade de delimitar uma palavra que definisse seu arcabouço de subjetividade, e da mesma forma as emoções, entendendo que os mesmos não são apenas resultados de um dia, momento, ocasião, mas a significação da conjuntura de contextos que os cercam, o que possibilitou um novo olhar de cada adolescente sobre o seu viver. A partir da análise de conteúdo a primeira categoria que surgiu foi à tristeza, a qual vem acompanhada da decepção, que segundo Jung é condição existencial não patológica, como a alegria e a tristeza as duas fazem parte do viver e ambas merecem seu devido reconhecimento. Apesar da aceitação e enfrentamento da tristeza não serem encorajados pela cultura (onde só há espaço para o belo) o esforço legítimo não deve ser o de eliminá-la automática toda vez em que entra em cena, logo cabe ao terapeuta ir à busca das imagens da tristeza, ao invés de fugir, e relacioná-la com imagens numa tentativa de individualizá-las, ou seja, de conduzi-las a um estado de maior diferenciação e consciência, pois a tristeza faz com que o aluno entre em contato consigo mesmo por provável fracasso de apego ou status. A outra categoria foi à angústia e o medo como emoções sentidas com maior intensidade

e frequência. Para Heidegger a angústia revela o nada é como algo que foge em sua totalidade, que se caracteriza pela rejeição. A nadificação do ente em sua totalidade, não é, no entanto, a sua destruição ou a sua negação, é sua alteridade frente ao nada, que o conduz primeiro diante do ente, sendo somente por meio do estado de angústia, que o vazio circundante, se depara com a essência, que para o adolescente se circunscreve ao contexto familiar, cujo medo, expressa a decepção de se perder quem ama a morte ou abandono súbito do pai. Concluímos até o momento que é de suma importância intensificar espaços de convivência, de verbalização e escuta para que o adolescente consiga melhor compreender e expressar seus sentimentos, e que este possibilite criar e implementar práticas assistências e preventivas no contexto escolar por meio da atuação do terapeuta ocupacional ao desenvolver metodologias que oportunizem a criação de vínculos importantes com os jovens que, desdobrando-se em acompanhamentos individuais, potencializam a ampliação das redes de suporte social, produzem espaços de convivência que possibilitam o respeito e a discussão, apresentando um novo referencial de como podem ser pautadas as relações dentro do espaço escolar.

A INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Luiz Carlos Castello Branco Rena, Elisiene Chaves Fagundes, João Paulo Vieira, Ionice Neves Carvalho, Nilvan Baeta, Zaira Ubaldina Pereira

Palavras-chave: Educação Permanente, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Mental

Este estudo se constitui como uma das dimensões do subprojeto “Atenção Psicossocial articulada à Atenção Primária à Saúde” que integra Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde-Redes de Atenção à Saúde: Integração Ensino-serviço na PUC Minas e no SUS em Betim destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2013 a 2015. Este subprojeto é desenvolvido por uma equipe constituída por um docente da PUC Minas, seis técnicos do SUS Betim e doze estudantes dos cursos de enfermagem, psicologia, fisioterapia e medicina, distribuídos em seis unidades de saúde da rede de atenção básica e da rede de atenção à saúde mental. A reorganização da saúde mental na perspectiva da atenção básica pressupõe a noção de território, intersetorialidade, integralidade e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Assim, esse projeto se propõe fomentar discussões e reflexões sobre a formação interdisciplinar em saúde mental pelo viés da metodologia de estudos de casos, para os estudantes, tutores, preceptores inseridos no PET/matriciamento, bem como, os profissionais do serviço. A inserção da academia nos cenários desta prática possibilita a criação de um lócus de pesquisa-ação sobre a atuação e a educação permanente dos ACS. Nesta perspectiva emerge a necessidade de identificar estratégias pedagógicas para formação interdisciplinar dos atores envolvidos na rede de atenção psicossocial. A Política Nacional de Saúde Mental impôs um novo ritmo de mudanças na assistência psiquiátrica, instituindo-se os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que garantam atenção integral, territorializada e comunitária (BRASIL, 2005). Para fazer frente a essa demanda o Ministério da saúde instituiu a portaria 3088/2011 e a criação de uma rede de Atenção psicossocial (RAPS)

para possibilitar à atenção às pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental decorrente do uso do crack e outras drogas no SUS (BRASIL, 2011). Apenas uma organização em rede e não um serviço ou equipamento é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas. O atendimento em saúde mental é realizado a partir da rede básica e viabiliza o apoio matricial que corresponsabiliza e garante a continuidade do cuidado, tornando-se a principal estratégia da saúde mental nesses equipamentos (BRASIL, 2005). A eleição do território como lócus de força, saberes, potencialidades concretas, permite a construção coletiva de soluções e se converte em cenário real de trocas entre as pessoas e saberes. Desta forma torna-se possível a articulação entre os profissionais da atenção básica e os serviços da saúde mental aumentando a resolutividade. Os encaminhamentos tornam-se qualificados, pois são construídos projetos terapêuticos singulares e compartilhados. Os Agentes comunitários em Saúde (ACS) representam o conjunto de trabalhadores que atuam na posição de elemento integrador da comunidade e do serviço de saúde. A posição ocupada por esse contingente de trabalhadores permite a construção de um território comum, ao tornaram-se canais de comunicação, articulação e escuta ao falar e tentar compreender a linguagem desses dois cenários (Silva et al, 2004). Esse trabalhador atua como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde. Tornam-se facilitadores, junto à comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar de sua própria saúde, assumindo o papel de facilitadores da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde. Esta pesquisa se propõe discutir uma metodologia ativa por meio de oficinas de educação permanente em saúde em quatro UBS, através de estudos de casos envolvendo tutores, preceptores e equipe de trabalho

especialmente os ACS. Desta forma, busca ampliar os espaços dos estudantes pelo viés da discussão coletiva dos estudos de casos, induzindo a reflexão que contribui para a sua formação e especialmente, integra os serviços. Propõe-se também, promover a educação continuada e permanente dos trabalhadores, tornando-se um imperativo essencial para assegurar um cuidado integral. Pois, a educação permanente coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, permeabilizado pelas relações concretas, permite a criação de espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos, que se produz no cotidiano (CECCIM, 2005). Portanto, a investigação em curso, que conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e do Fundo de Incentivo à Pesquisa - FIP da Proppg/PUC Minas, pretende “descrever e analisar a atuação do ACS no âmbito da saúde mental, a fim de contribuir para a educação permanente de caráter interdisciplinar desses agentes, oferecendo subsídios para consolidação de uma pedagogia ativa que contemple o estudo de caso como ponto de partida.” Utilizando-se do questionário autoaplicável para coleta de dados envolvendo as 570 ACS em atividade no município o estudo apresenta o perfil sócio-econômico e cultural destas profissionais, identificando a percepção de doença mental presente no discurso e nas práticas das ACS. Em sua dimensão qualitativa esta investigação contribui para um projeto de educação permanente para ACS que contemple as necessidades dos serviços de saúde mental na atenção psicossocial.

A MATERNIDADE DE UM BEBÊ COM SÍNDROME DE DOWN: EXPERIÊNCIAS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Raieli Ciscato Bressan, Maria Evanir Vicente Figueira, Louise da Silveira Pedrotti Machado, Luciane Najjar Smeha

Palavras-chave: Síndrome de Down, Maternidade

APRESENTAÇÃO: O presente estudo consiste nos resultados preliminares de um projeto de pesquisa de iniciação científica. O objetivo foi investigar a vivência materna de mães de bebês com síndrome de Down diante das intervenções dos profissionais da área da saúde. Em decorrência de material genético extra no cromossoma 21, a criança com síndrome de Down apresenta manifestações clínicas, entre elas estão os olhos com linhas ascendentes, o nariz pequeno e achatado, hipotonia muscular, pescoço curto e grosso, uma dobra da pele sobre o canto interno dos olhos, boca geralmente aberta devido à flacidez dos músculos da região, mãos e dedos pequenos com prega palmar única, entre outros. Assim, o bebê poderá ter agravos na saúde como cardiopatia, problemas de visão, hipotireoidismo, atraso no desenvolvimento motor e na fala. Por isso o bebê com síndrome de Down precisa de atendimento médico de especialistas como pediatra, cardiologista, pneumologista, oftalmologista, neuropediatra e odontopediatra, conforme a necessidade específica de cada caso. Além disso, é importante que o bebê, inicie nos primeiros meses de vida, as terapias como a fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional e estimulação precoce com o educador especial. Esses especialistas irão tecer, juntamente com os pais do bebê, o tecido psíquico infantil. A harmonia ou o desencontro dos envolvidos nessa “teia” será crucial para a saúde psíquica da criança. Por outro lado, ao contrário do que acontece geralmente, é fundamental que a equipe seja toda ela acolhedora e dedicada a essa mãe que nesse momento precisará do apoio e amparo. Culturalmente, apesar das transformações advindas da contemporaneidade, os cuidados básicos de uma criança ainda são, primordialmente,

uma função materna. No caso de uma criança com deficiência, ampliam-se as necessidades de cuidado e proteção, recaindo na mãe os encargos na rotina de atenção especial a esse filho. Diante disso, é fundamental compreender a relação que se estabelece entre os profissionais da saúde, a mãe e os seu bebê. **METODOLOGIA:** O presente estudo tem delineamento exploratório, descritivo e transversal com abordagem qualitativa. Participaram seis mães de bebês com síndrome de Down, que acompanham a criança nos atendimentos especializados, como por exemplo, fisioterapia, fonoterapia, revisão médica, entre outras. Elas foram contatadas por meio de instituições públicas, clinica-escola ou privadas de uma cidade no interior do RS. Os participantes foram escolhidos por critérios de intencionalidade e conveniência, considerando-se a heterogeneidade de experiências em relação à temática. Para a escolha dos participantes, foi levada em consideração a idade da criança com síndrome de Down, foram incluídas mães de bebês com até 24 meses de idade. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário para verificar os dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada com as participantes, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Após o material passou por uma análise textual discursiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS, pelo CAEE nº 45723015.9.0000.5306. **RESULTADOS:** Os resultados prévios mostram diferenças significativas na percepção de mães com nível de escolaridade e condição socioeconômica mais elevada, comparada as mães com escolaridade e situação socioeconômica menor, no que se refere ao seu bebê com Down e a atuação dos profissionais da saúde. No que concerne percepção das mães com nível de escolaridade e classe socioeconômica

mais alta, essas tendem a enfatizar mais a minimização das características da síndrome encontrada em seu bebê, e também a potencialidade de desenvolvimento que eles apresentam. Mencionam mais o impacto do diagnóstico e a ocorrência do luto, elas se mostram muito mais responsáveis e ativas no desenvolvimento do seu bebê, pois consideram seu conhecimento também importante no desenvolvimento dele. Igualmente se mostram mais angustiadas com a síndrome do filho, pois conhecem as limitações da ciência. Logo, sabem a dimensão da sua contribuição no desenvolvimento de seu filho. Há um sentimento materno de angústia relacionado a uma preocupação demasiada com o julgamento inferido pelo olhar da sociedade sobre sua criança. Também referem queixas quanto a capacitação dos profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, no momento do diagnóstico. Por outro lado, as mães com nível de escolaridade e classe socioeconômica baixa atenuam o impacto do diagnóstico atribuindo a ocorrência da síndrome como sendo vontade divina. Assim, se resignam diante dessa determinação. Elas não mencionam desagrado em relação ao atendimento prestado no momento do diagnóstico. Além de, atribuírem a responsabilidade do desenvolvimento do bebê aos profissionais de saúde, colocando-se em uma posição passiva frente a isso. Desse modo, depositam total confiança nos profissionais de saúde e seus saberes. Neste estudo, a percepção das mães participantes com baixa escolaridade em relação aos atendimentos dos profissionais da saúde foi diferente da percepção das mães que concluíram o ensino superior e, em decorrência, vivem com uma situação econômica mais favorável. Aquelas que têm menor escolaridade avaliam os profissionais mais pelo comportamento afetivo do que pelo conhecimento técnico, elas compreendem que a paciência e o carinho

são as características mais importantes nos profissionais que atendem seu filho(a). Estas mães sentem-se gratas por conseguir o tratamento em serviços públicos ou clínicas/escola, para elas é como se os profissionais estivessem prestando um favor e por isso são menos exigentes. Já as mães com mais escolaridade, estão mais informadas em relação à síndrome e a função de cada profissional no desenvolvimento do seu bebê. Assim, elas apresentam uma postura mais crítica e avaliam os serviços prestados com mais rigor. Há uma busca de qualidade, principalmente, no que se refere as orientações quanto as particularidades da síndrome. Desse modo, a percepção positiva em relação aos profissionais da saúde está diretamente relacionada ao saber técnico da profissão. O estudo ainda que esteja em andamento, em seus resultados preliminares, já destaca que a experiência das mães de bebês com síndrome de Down pode variar de acordo com a escolaridade e nível socioeconômico. Porém todas as mães participantes estão otimistas em relação aos resultados das terapias propostas pelos profissionais, elas compreendem que o desenvolvimento futuro do bebê depende do trabalho que está sendo realizado. Assim, apesar de exigências diferentes, todas elas sabem que a função dos terapeutas é primordial para os seus filhos.

A NARRATIVA NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno, Cibele Moura Sales

Palavras-chave: Narrativa, Educação em Saúde, Práticas Educativas em Saúde

Apresentação Desde a infância as narrativas fazem parte da vida das pessoas e contribuem para que compreendam a si mesmas, aos outros e aos acontecimentos

(CASTELHANOS, 2014) atribuindo significado às ações e às experiências humanas (BRUNER, 1991; 1997). Na prática clínica as narrativas são utilizadas, com diferentes enfoques, nos processos saúde-doença e, enquanto interação mediada pela interpretação do senso comum sobre a experiência de saúde, adoecimento e tratamento, contrapõem-se à abordagem centrada no modelo biomédico, que valoriza as características patológicas e biológicas, concebidas a partir do conhecimento científico (COSTA; GUALDA, 2010). Nesse contexto, destaca-se a Educação em Saúde que segundo Vasconcelos (2004) configura-se como um campo de prática e de conhecimento da saúde que se ocupa com a criação de vínculos entre os serviços de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, os quais ocorrem através dos grandes meios de comunicação de massa e também da convivência cotidiana e dialógica entre os profissionais que atuam nesses serviços e a população, usuária dos mesmos. Entretanto, de acordo com Reis et al (2013), embora existam propostas inovadoras e exitosas, a maioria das práticas educativas em saúde ainda é fundamentada no modelo de transmissão dos conhecimentos dos profissionais, prescrevendo normas e regras comportamentais à população alvo. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é evidenciar o potencial das narrativas nas práticas educativas em saúde, como alternativa para compreender os significados que os sujeitos atribuem ao seu processo de adoecimento e saúde, e como mediadora do processo pedagógico em saúde. Método Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, fundamentado em revisão de literatura e na vivência de utilização da narrativa em pesquisa relacionada à saúde do trabalhador. A revisão de literatura teve objetivo de contextualizar a utilização da narrativa na Educação em Saúde, principalmente no que

se refere às suas possibilidades e alternativas nas práticas educativas em saúde. Já a investigação citada utilizou-se da pesquisa narrativa (BOLÍVAR, 2002) e fundamentou-se na hermenêutica-dialética (MINAYO, 1998) para o tratamento dos achados. Essa investigação obteve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE:38970814.0.0000.0021) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram entrevistados 25 docentes, através de roteiro composto por uma questão norteadora acerca das vivências de prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho, além de outras duas questões complementares utilizadas para aprofundar e ampliar o relato. A partir das entrevistas, audiogravadas e transcritas, a pesquisadora construiu uma nova narrativa, com objetivo de integrar e dar significado aos achados, preocupando-se em não manipular a voz dos informantes, contemplando os elementos singulares que configuravam as histórias e afastando-se das pretensões de generalizar esse significado (BOLÍVAR, 2002). Essa nova narrativa foi apresentada aos mesmos sujeitos em uma oficina elaborada com objetivo de validar a narrativa construída e aprofundar a discussão (ONOCKO CAMPOS, 2011), de forma que ao final da oficina a narrativa foi concluída com as sugestões dos participantes. Resultados e Discussão Os achados da pesquisa, relevantes para o tema deste trabalho referem-se à observação da oficina de validação da narrativa construída pela pesquisadora, a partir do relato dos participantes. Onocko Campos (2011) chama essa oficina de grupo hermenêutico e refere que ele também produz efeitos de intervenção. Foi à observação desses efeitos, durante a oficina, que reforçou o potencial das narrativas como instrumento das práticas educativas em saúde, uma vez que os participantes identificaram-se com os elementos inseridos na narrativa, os quais

refletiam suas vivências e outros elementos que contribuíam para a compreensão do contexto em que estavam inseridos. Além disso, a narrativa e a discussão coletiva possibilitaram concordâncias e discordâncias entre os vários relatos, indicando empatia com as histórias dos colegas e, ao mesmo tempo, a existência de vivências singularidades produzidas no ambiente de trabalho. Dessa forma, a discussão do grupo além de enriquecer e aprofundar os achados das entrevistas resultou na percepção e no encontro de novos e diferentes olhares sobre os relatos individuais e sobre os vários elementos constituintes do prazer, do sofrimento e do adoecimento dos docentes participantes da pesquisa. A narrativa, portanto, promoveu o processo dialógico, a interação entre as vivências, a empatia, a identificação, o engajamento no debate sobre as vicissitudes do trabalho docente e sobre as estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico. Nesse sentido, a narrativa pode relacionar-se à tecnologia leve, centrada no usuário e produtora de acolhimento, vínculo, cumplicidade, responsabilização e autonomia (MERHY; FEUERWERKER, 1998). Enfatize-se que as características desse processo dialógico, essenciais às práticas educativas em saúde, não se constituem pela simples formação dos grupos, rodas de conversa ou espaço de escuta da narrativa do usuário. Conforme propõe Martínez-Hernández (2010) é necessário que o modelo de interação seja pautado no intercâmbio de conhecimentos entre profissionais e usuários, valorizando-se os saberes de ambos; em uma visão contextualizada dos processos de saúde e adoecimento que reflita sua multicausalidade; e na responsabilização de profissionais e usuários como atores com funções complementares na promoção da saúde. As narrativas têm sido empregadas nas pesquisas qualitativas, principalmente na Educação e na Saúde, utilizando-se da

história de vida, dos depoimentos escritos, da história oral. Na saúde, as pesquisas que se utilizam das narrativas abordam, principalmente, o processo saúde-doença (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003; COSTA, 2010), a história de vida dos trabalhadores da saúde (SCHRAIBER, 1995; MORAES; GRANATO, 2014) e avaliações dos programas de saúde coletiva (ONOCKO CAMPOS, 2011; MALVEZZI, 2014). Alguns estudos, de diferentes abordagens interpretativas, também possibilitam considerar o potencial de utilização das narrativas, com vários enfoques, nas práticas educativas em saúde. Lima, Viana e Lima (2015) discutem a narrativa autobiográfica sobre a velhice e seu potencial para ressignificar a identidade do idoso, reconstruir seu lugar social e suas relações. Em estudos sobre a maternidade alguns autores (GRANATO; RUSSO; AIELLO-VAISBERG, 2009; GRANATO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2011) destacam o uso das narrativas interativas como fonte de expressão e alívio do sofrimento, forma de acesso à produção de conhecimento sobre a experiência afetivo-emocional e recurso de investigação e intervenção. Favoreto e Cabral (2009) demonstraram que os grupos operativos de educação em saúde para portadores de doenças crônicas, possibilitaram a ampliação dos significados sobre o processo saúde-doença e atitudes de autonomia frente à doença e seu tratamento. Algumas Considerações O potencial das narrativas nas práticas educativas em saúde, em diversas estratégias, relaciona-se à criação de vínculos, ao processo dialógico, à troca de experiências e à valorização da subjetividade dos atores envolvidos – profissionais de saúde e usuários. Dessa forma, como as narrativas organizam e estruturam a experiência humana ((BRUNER, 1991; 1997) o relato das vivências e da história do processo de adoecimento torna-se um caminho para a compreensão dos significados que os sujeitos atribuem

à saúde e ao adoecimento. Além disso, a reconstrução desse processo (BOLÍVAR, 2002), na narrativa, sob a perspectiva do próprio sujeito, possibilita não apenas refazer esse percurso produzindo novos significados, mas também reformular as ações ou as práticas futuras.

A PERCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ABORDAGEM COM AS SERVIDORAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA) - CAMPUS XII

Thaís Ferreira Barreto, Márcio Sirley Assunção da Costa, Nádia da Costa Sousa, Samilla Calderaro Gato, Maria Naceme Araújo Freitas, Yara Macambira Santana Lima

Palavras-chave: Violência, Saúde da Mulher, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, que possui vários tipos, desses evidencia-se alguns que ocorrem em um número maior de frequência: Violência de gênero: consiste em qualquer ação ou conduta relacionada ao gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público quanto no privado. Violência intrafamiliar: é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade, e o direito ao pleno desenvolvimento. O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde ocorre, mas também às relações em que se constrói e se efetua. **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:** Distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental que convivam no espaço doméstico. Inclui-se aí empregadas (os) e pessoas que convivam esporadicamente agregados. Acontece dentro de casa ou unidade doméstica, geralmente é praticada

por um membro da família que viva com a vítima. As agressões incluem: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. **VIOLÊNCIA FÍSICA:** Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física podendo manifestar-se de várias formas: tapas, empurrões, chutes, entre outros. **VIOLÊNCIA SEXUAL:** Compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada, no casamento ou até mesmo em outros relacionamentos. É cometida na maioria das vezes por autores conhecidos das mulheres envolvendo o vínculo conjugal (esposo ou companheiro) no espaço doméstico, o que contribui para a sua invisibilidade. Diversos atos violentos podem ocorrer, sendo eles: estupro dentro do casamento ou namoro, exigência de sexo como pagamento de favores, abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes, abuso sexual de crianças, aborto forçado, atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, prostituição forçada e tráfico de pessoas com fim de exploração sexual. **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA:** É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, inclui: Insultos constantes; humilhação; desvalorização; críticas pelo desempenho sexual; negar atenção e supervisão. Violência econômica e financeira: são todos os atos destrutíveis ou omissões do agressor que afetam a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família. Inclui: roubo; destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal; recusa de pagar a pensão alimentícia; usos dos recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz destituindo-a de

gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados. **VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL:** São aquela exercida nos/ pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuário e profissionais dentro das instituições. Esta violência pode ser identificada de várias formas (preconceitos em relação às mulheres soropositivas HIV quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático diante do saber científico. **MÉTODO:** A ação desenvolvida faz parte de uma atividade acadêmica desenvolvida ao final de cada semestre, após decisão do tema a ser abordado, optou-se pelo eixo temático da saúde da mulher com foco no conhecimento de uma população sobre os tipos de violências, foi solicitado através de ofício à coordenação do Campus liberação das funcionárias com dia e local para realização da ação. Participaram 10 mulheres, sendo 7 servidoras da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e 3 serviços prestados de empresa terceirizada. Para incentivar e facilitar a participação das servidoras, as atividades foram desenvolvidas durante o turno de trabalho. Após dinâmica interativa foi aplicado formulário semiaberto, combinando perguntas abertas e fechadas onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Logo após realizou-se uma exposição referente ao tema: Violência contra a mulher e suas classificações e finalizando a atividade foi aberta a discussão para os questionamentos e esclarecimentos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da tabulação dos dados obtidos por meio do questionário semiaberto, percebemos que 100% das mulheres participantes sabem o que é violência contra a mulher, 50% delas já sofreu algum tipo de violência dessas, todas disseram já ter sofrido violência psicológica e 40% já sofreram violência física e todas aconteceram em ambiente

doméstico. Todas as participantes (100%) relataram saber identificar violência contra a mulher e já obtiveram alguma informação sobre o tema. Quando perguntadas sobre qual a lei que ampara a mulher contra a violência 70% responderam saber qual a lei relatando o nome da lei e 30% responderam não saber. Foi perguntado ainda se elas seriam capazes de denunciar a violência contra a mulher 90% afirmaram que sim. Segundo o Ministério da Saúde com o advento da lei Maria da Penha Lei 11.340 de agosto de 2006, as mulheres passaram a ter acesso à proteção. A grande divulgação da aprovação da lei nos meios de comunicação foi fator desencadeante do conhecimento obtido pelas mulheres e evidenciado nos resultados deste trabalho. Com base nos resultados da ação realizada com as servidoras da UEPA tornou-se evidente a necessidade de novas ações acerca deste tema, apesar de se ter notado o esclarecimento das mesmas em relação ao assunto. Uma vez que todas trabalham em um campus onde os cursos são predominantemente voltados para a área da saúde, elas até o momento não haviam sido o público alvo de orientações prestadas por meio de ações educativas em saúde propostas pela universidade. **CONCLUSÃO:** O profissional de enfermagem deve atuar de forma sensível a detectar o problema mesmo que a mulher não transpareça, devendo encaminhar para outro serviço, uma vez que é preciso evitar que elas venham a sofrer também de violência institucional. Ao atender uma mulher nessa situação de violência o enfermeiro deve fazê-lo sem prejulgamento adotando uma postura de acolhimento e sem ditar o que ela deve fazer. Isso é particularmente importante na cultura brasileira, pois a mulher recebe a responsabilidade dos desfechos negativos ao que acontece em sua casa e em sua família, referente ao fracasso escolar dos filhos, gravidez indesejada, entre outros.

A PESQUISA PARTICIPANTE NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

Ronaldo Tavassos

Palavras-chave: Educação, Pesquisa Participante, Saúde

Na perspectiva de uma Educação Profissional em Saúde pautada pela formação política e técnica de trabalhadores para o SUS. A proposta baseia-se na necessidade da formação dos trabalhadores dentro de um processo histórico de construção dos movimentos sociais, especialmente no âmbito da saúde que se consolida principalmente por meio de uma pedagogia dos movimentos sociais, que valoriza a reflexão crítica e autonomia dos sujeitos sociais. A Pesquisa Participante é uma modalidade de pesquisa que tem como propósito “auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas” (LE BOTERF, 1984). É um modelo de pesquisa diferente, pois nela a população não é um agente passivo, é um ator de extrema importância, entendida que o especialista de determinada área conduz junto com os pesquisados todo o processo de pesquisa, desde o planejamento até a divulgação dos resultados. Como objeto de investigação os processos formativos forjados no território, por iniciativas locais na luta pela sobrevivência, despertam interesses pela produção de saberes, que ultrapassam os muros da escola, portanto a articulação entre os saberes produzidos no território e conhecimento escolar requisita uma interação da com as instituições educativas e a população. Com o olhar voltado para o interesse da população, a escola é o lugar que se apresentaria como ponto de articulação entre a mundialidade em constituição e o local enquanto especificidade concreta,

enquanto momento. Sendo assim, a escola tem suas propriedades, suas especificidades originadas na relação com os sujeitos sociais que no dia-a-dia constroem o lugar. O lugar permitiria desvendar as relações sociais estabelecidas na medida em que aponta para a totalidade. Enquanto parcela do espaço, enquanto construção social, o lugar abre perspectiva para se pensar o viver e o habitar, o uso e o consumo, os processos de apropriação do espaço (Carlos, 2000). Assim, na escola, no lugar, no espaço vivido, as pessoas agem. Nele, sucedem-se conflitos e entendimentos, paixão e ódio, participação política, exercício de cidadania. Nele, a prática social vivida torna claras as diferenças, nele não nos isolamos, nele somos levados a perceber o mundo em todas as suas dimensões. Com efeito, a inserção social das atividades pedagógicas numa realidade territorial, que transcenda as fronteiras escolares constitui um aspecto decisivo para a construção de sentido – de aprender em situações que tragam sentido para o sujeito. É por este fato que se torna importante saber com que significado estamos utilizando o conceito de território, aqui é nomeado de “território educativo” (Canário, 2005). Então buscamos na Saúde da Comunidade – o conceito ampliado de saúde ultrapassa a ausência de doença e vai além dos aspectos físicos e mentais; está ligada com a capacidade do indivíduo para atuar na comunidade e na sociedade em que pertence - a situação de aprendizagem que trazem sentido para sujeito, tendo como base os fundamentos da pesquisa participante numa perspectiva territorial que nos orienta para práticas educativas em saúde. No entanto, cabe ressaltar que o primordial está no processo de emancipação dos sujeitos sociais que agem no território, cada qual com suas especificidades, com o seu modo de ser, que no ato de sua existência constroem a identidade do lugar. A proposta metodológica da pesquisa

participante tem a pretensão de ir além das preocupações com os fenômenos sociais, que já aconteceram ou venham acontecer, o propósito é de favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pela população envolvida, para que possa assumir com lucidez e autonomia seu papel como protagonista na construção de uma sociedade igualitária. O desafio que encontramos ao realizar uma investigação orientada pela pesquisa participante (Brandão, 1981) num determinado território é quando nos obrigamos a conhecer sua realidade, para nela atuar necessitamos saber no que realmente consiste a realidade concreta (Freire, 1981). Muitas vezes a realidade concreta de um território reduz-se às variedades de problemas materiais ou de fatos sem relevância para população. Ao penetrar no território procuramos observar a vida social da população em movimento, procurando captar a rede de relações sociais estabelecidas, os problemas que lá encontram-se, a percepção que a população tem de sua própria situação e de suas possibilidades de mudança. Esta percepção da população diante dos dados materiais e dos fatos da sua existência estabelece uma relação dialética entre as necessidades objetivas e subjetivas dos sujeitos sociais. Neste momento, a identidade entre sujeito e objeto é um aspecto muito importante na investigação, seja por razões culturais, de classe ou por outro motivo, pois existe algo em comum, têm um substrato comum de identificação com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (Minayo, 1997). A pesquisa participante como ato de conhecimento envolve, por um lado, o pesquisador detentor do conhecimento científico, por outro, os sujeitos sociais detentores dos saberes do território educativo, são sujeitos de um trabalho comum com papéis diferentes. Considerando, que no território

educativo são manifestos processos de formação, que transcendem as fronteiras escolares, criando métodos de pesquisa alternativa, aprendendo a fazê-la através de uma situação vivida no lugar com a inserção social de atividades pedagógicas. Toda a definição do caminho a ser percorrido, ou seja, os métodos e as técnicas – observação participante, mapeamento dos locais da coleta de material, análise dos materiais, oficinas de trabalho – serão discutidas pelo grupo com o propósito de avaliar sua eficiência e se foram apropriadas pelo grupo com clareza. Estamos considerando a sistematização dos dados como o momento especial do projeto, porque cada membro do “Círculo de Estudo” manifesta-se através da exposição oral e escrita ou de outra forma em que expresse seu “olhar” da realidade. Do resultado da pesquisa esperamos a expressão maior daqueles que são os sujeitos reais, muito mais que as categorias abstratas de “objetos”, e descubrem sua própria prática, em que se tornem sujeitos, tanto do ato de conhecer em que fora objeto, quanto o trabalho de transformar o conhecimento. Sua participação na produção do conhecimento e tomá-lo para si. A pesquisa participante é mais um instrumento de mudança social. O princípio fundamental da pesquisa participante encontra-se reconhecimento do processo de investigativo, que deve estar baseado em sistema de discussão, investigação e análise, em que os investigados formam parte do processo ao mesmo ao mesmo nível dos investigadores. E pelo domínio da metodologia da pesquisa os trabalhadores adquirem ferramentas para que possam identificar situações-problema dentro de sua comunidade, tomando-os como ponto de partida para a construção de conhecimentos e a transformação da realidade. A investigação social envolve os trabalhadores num processo de pesquisa e de avaliação permanente dos

resultados obtidos, com isso, podem adquirir conhecimento mais objetivo da realidade em que está inserido. Possibilita uma análise minuciosa dos problemas encontrados, além de buscar recursos de que dispõem com o objetivo de formular ações de intervenção direta no seu processo de trabalho. O processo de pesquisa realiza-se de forma compartilhada orientada pela inserção social dos trabalhadores, considerada enquanto mediação pela qual se exerce o ato de formação, como ponto de partida e ponto de chegada da apropriação cognitiva da realidade concreta.

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS: JUNTANDO PEÇAS DESSE QUEBRA-CABEÇA

Thiago Fachetti da Silva, Rita de Cássia Duarte Lima, Ana Cláudia Pinheiro Garcia, Tânia Cristina França da Silva, Maria Angélica Carvalho de Andrade, Eliane de Fátima Almeida Lima

Palavras-chave: Educação continuada, Recursos humanos, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: A implementação do Sistema Único de Saúde tornou visível a centralidade da questão da gestão do trabalho e da educação para a efetivação do sistema. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde confirma a relevância para a área de recursos humanos através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria 198/2004, que inicialmente instituiu essa política, tinha como eixo central os Polos de Educação Permanente em Saúde. Essa Portaria foi substituída pela Portaria 1996/2007, que traz os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) como protagonistas para a condução da referida política. Dessa maneira, criou-se uma nova realidade com a centralidade

dos Colegiados de Gestão Regional, denominados Colegiados Intergestores Regional pelo Decreto 7508/11, e das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Contudo, apesar do reconhecimento de que se trata de instâncias necessárias para o desenvolvimento da política de Educação Permanente, ainda são escassos estudos que analisem como elas têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência. Nessa perspectiva, faz-se necessário analisar o desenvolvimento da Política de Educação Permanente implementada pela Secretaria Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES) após as alterações introduzidas na Portaria GM/MS no 1.996/07, a fim de subsidiar a tomada de decisão para seu planejamento, sua continuidade ou mesmo seu redirecionamento. Assim, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população brasileira. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa faz parte de outra mais abrangente, de caráter multicêntrico. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, tendo como cenário o estado do Espírito Santo. Utilizou-se como instrumentos de coleta de material a análise documental dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) 2008-2012 e dos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008-2011 e 2012-2015, o questionário com o gestor responsável pelas ações de Educação Permanente e as entrevistas com membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço, representando os integrantes do quadrilátero da educação permanente. O instrumento utilizado para a análise do material foi à análise de conteúdo. O estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014. **RESULTADOS:** 1- A análise evidenciou a predominância das ações de Capacitação e Eventos. Este se caracteriza

por ser pontual, enquanto aquela tem como peculiaridade a curta duração. Ou ainda, o fato de diversos cursos de capacitação, aperfeiçoamento, estágios, seminários, MBA e outros espalhados em outras áreas como Promoção à Saúde e Vigilância em Saúde. A Escola de Serviço Público do Espírito Santo aparece relacionada às ações de Educação Permanente, demonstrando certo protagonismo, que pode ser mais bem explorado em estudos futuros. 2- As CIES analisadas possuem reuniões mensais, e regimentos internos publicizados segundo relato dos participantes, todavia não é possível encontrar esse regimento no site da Secretaria Estadual de Saúde e os colaboradores da pesquisa não souberam informar que instrumento dá publicidade ao regimento. As pautas são formadas por iniciativa da secretaria executiva ou por demanda dos municípios e dos participantes. As deliberações acontecem por consenso. Os segmentos do quadrilátero da educação permanente estão presentes, embora se constatasse a entrada de muitos representantes novatos resultando na falta de conhecimento sobre a função da CIES e a não adesão de alguns representantes ou a participação pouco efetiva devido à sobreposição de tarefas e a falta de tempo. 3- Em relação ao Plano Regional de Educação Permanente, ele é construído a partir da necessidade dos municípios, por meio da análise de documentos ou do diagnóstico local realizado pelos próprios municípios. Há apenas um Plano desse tipo no site da Secretaria Estadual de Saúde correspondente ao período 2011-2012. Os planos estão sendo construídos, mesmo com relatos de que o plano anterior ainda não foi concluído. 4- Sobre a relação entre a CIES e o Colegiado de Gestão Regional, há percepção clara de que a CIES se trata de uma câmara técnica, com uma função de assessoria em relação aos Colegiados, que possuem o poder decisório sobre

o planejamento regional das ações de Educação Permanente. Porém, verificou-se em alguns relatos a falta de cobrança, ao fomento e ao incentivo à participação dos representantes. 5- Foi possível detectar que a avaliação e o monitoramento foram pouco abordados nas discussões sobre a realização dos cursos. Esse fato passou a ter maior relevância quando informações posteriores dos cursos revelaram alto índice de reprovação e evasão, demonstrando a importância da prática avaliativa. Como fatores que podem explicar esse fato, pode também, citar a dificuldade de liberação do profissional do setor, falta de carro e combustível, dificuldade de deslocamento para os cursos e a centralidade de alguns cursos na região metropolitana. Houve relato sobre um gestor municipal que se evadiu do curso em que estava matriculado. Estudos futuros podem elucidar com mais clareza os motivos da alta evasão de profissionais, bem como a pouca participação de profissionais médicos nos cursos e capacitações ofertados. 6- Como propostas para melhoria do quadro atual, pode-se citar a criação de eventos regionais para a capacitação e promoção em relação à Educação Permanente; as reuniões das CIES acontecerem de forma itinerante, passando por vários municípios; a criação de Núcleos de Educação Permanente nas Superintendências Regionais de Saúde; prova de seleção para os interessados nos cursos e capacitações; o uso de ferramentas via tecnologia da informação como sites, blogs e redes sociais como o intuito de aproximar as CIES dos municípios, permitindo o acesso ao funcionamento e à dinâmica das Comissões; visitas às instituições que cedem os representantes para as CIES, com o objetivo de conhecer o ambiente de trabalho e fazer as instituições de apropriarem do real conceito de Educação Permanente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível constatar que, embora

a Portaria 1996/2007 tenha estabelecido o protagonismo das CIES e dos Colegiados de Gestão Regional, é preciso vencer os obstáculos que se fazem presentes nesse percurso. A falta de participação de alguns segmentos e o pouco esclarecimento de alguns desses sobre o funcionamento das CIES, um déficit nas ações de avaliação e monitoramento caracterizam entraves importantes para a construção e fortalecimento da Educação Permanente. Identificando essas barreiras, busca-se subsidiar a tomada de decisão para o planejamento, continuidade ou mesmo o redirecionamento das ações.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Renato Staevie Baduy, Maria Lucia da Silva Lopes, Josiane Lima, Daniela de Re, Terezinha Campos, Francieli Rockenback, Vanessa Rosseto, Silvana Machiavelli, Rossana Baduy, Kathleen Cruz

A pesquisa: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, acontece em nível nacional e é traduzida por meio de projetos qualitativos de investigação. No plano loco-regional sobre a produção do cuidado nessas redes, a atenção domiciliar vem sendo estudada em alguns municípios do país, dentre eles, em uma cidade do interior do Paraná que também aposta no “programa de assistência e internação domiciliar (PAID)”. Um dos caminhos metodológicos definidos para o estudo é o denominado: usuário-guia, traduzidos por aqueles que percorrem as redes de serviços de saúde para o atendimento às suas necessidades. Os acontecimentos que

vivemos com os usuários e trabalhadores no cotidiano em diferentes pontos de atenção do serviço municipal nos colocaram em análise, e produziram novas visibilidades das redes. Neste cenário, com o objetivo de analisar a produção do cuidado na atenção domiciliar do município em questão, possibilitaram algumas análises que serão descritas a seguir. Inicialmente, destaca-se o alto investimento da gestão municipal no serviço do PAID que, em vários momentos, opera como ordenador do cuidado na rede. Por outro lado, há fragilidades na relação com a atenção básica (AB), especialmente quando o usuário recebe alta e passa a ser cuidado pelos trabalhadores locais. Como o município conta com 30% de cobertura da estratégia saúde da família (ESF), se esse ponto da rede formal não dá segmento ao cuidado, a equipe do PAID retoma, estabiliza, “fura” o protocolo se houver necessidade. Em algumas situações, os usuários podem ser readmitidos na Atenção Domiciliar (AD) por conta de fragilidades da AB. Nesta cena, há uma queixa de certa sobrecarga de trabalho, entretanto, a vida do usuário tem tanto significado para a equipe que “dar alta” é sempre produtor de angústia. Por outro lado, observamos que a maneira como os encaminhamentos estão sendo processados, sem uma transição adequada, sem a construção de apoio entre as equipes, sem um debate sobre a vida do usuário para além dos procedimentos e das questões biológicas, cria barreiras e não compartilha o cuidado, apenas o transfere. Como essas questões têm sido trazidas para cena como geradoras de disputas e tensão, há um movimento de ambas as equipes em produzir espaços de conversa, além da possibilidade do PAID ser apoiador da AB em situações específicas. Por sua vez, os cuidadores geralmente desejam manter o usuário vinculado a AD. Uma das razões é que os trabalhadores acolhem também a família, ou seja, é freqüente nas visitas os parentes

próximos serem apoiados pela equipe, sem perder sua autonomia em relação a como o cuidado acontecerá. Outro fator é a possibilidade do serviço ser acionado a qualquer momento sem a necessidade de deslocamento, ou enfrentamento das barreiras de acesso instituídas nos demais pontos da rede. Outro limite da AD também passa por outros pontos da rede como os conselhos de assistência social ou tutelar, por exemplo. Por vezes, outras áreas são burocratizadas, rígidas e não conseguem responder as necessidades concretas no tempo adequado, agregando ainda mais sofrimento aos usuários. As atividades em campo com o usuário-guia dão visibilidade à responsabilização, ao vínculo e a centralidade do usuário no cuidado que a equipe do PAID produz. Também chama atenção a capacidade inventiva dos trabalhadores buscando resposta às necessidades singulares de cada usuário, fabricando no cotidiano novas ferramentas que só são construídas e utilizadas pela forma com que o processo de trabalho é organizado. Outra faceta deste caleidoscópio é a produção de rede que a equipe do PAID fabrica no cotidiano. Questões como: é possível “furar” a rede formal? Como fazer para internar o usuário sem que ele precise acionar a unidade de pronto atendimento (UPA)? São constantes nas conversas do dia a dia. Entre as muitas afetações produzidas pelos encontros, a conformação dos trabalhadores ao se constituírem como coletiva é uma importante questão, formalmente, o PAID é organizado em equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), entretanto, os trabalhadores desejam e fazem questão de enunciar que são uma equipe única e atuam em conjunto. Essa forma de operar pode ser observada a partir de questões simples como a disposição do ambiente de trabalho - todos compartilham a mesma mesa, organizam as

visitas em parceria, discutem os casos ou fazem anotações em prontuários. São nesses encontros pautados nas tecnologias leves que os trabalhadores se fortalecem, criam novos arranjos, compartilham o trabalho, a vida e se constroem como coletivo que se afeta com o sofrimento do usuário, sua família e dos cuidadores, em especial. Este é um exemplo de que a produção de um coletivo não ocorre somente nos espaços formais de reunião, mas nas conexões estabelecidas diariamente em espaços informais, como o trajeto às casas dentro do carro. Nas visitas também se evidencia que há um borramento dos limites profissionais, existe um espaço comum de cuidado, uma vez que, no encontro com o usuário, os protocolos ou o “jeito certo de fazer” das profissões nem sempre têm efeitos. A equipe entra na casa das pessoas e é invadida por uma complexa trama de relações e um emaranhado de vivências para qual a formação, centrada na dimensão biológica dos núcleos profissionais, não prepara. Cuidar no domicílio é adentrar a vida das pessoas, os conflitos, as disputas com outros pontos da rede de cuidados, o que exige uma caixa de ferramentas que extrapole as formas instituídas de cuidar e que produza redes vivas, ágeis, que se conectem e se rompam na cadência da demanda apresentada. Cabe também colocar que a forma de operar da pesquisa tem sido um dispositivo para produção de rodas de conversa e bons encontros entre pesquisadores, trabalhadores e gestores. O processamento das vivências com os “pacientes” tem disparado a reflexão sobre a potência e os limites da AD. Como a educação permanente em saúde (EPS) ainda não parece ser um processo instituído no município, os debates sobre o cuidado no cotidiano são incipientes e pontuais e a pesquisa tem possibilitado espaços de problematização do trabalho, a partir dos usuários. Há um desejo da equipe em

produzir novas conexões com trabalhadores de outros municípios, na perspectiva de debater, conversar e disputar a construção de políticas que conversem com o cotidiano da AD que é, nesse momento, um lugar solitário, apesar da solidariedade dos trabalhadores, gestores e usuários implicados no processo.

A QUESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE VOLTADA PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Lirys Figueiredo Cedro, Ândrea Cardoso de Souza, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Saúde, Assistência, Cuidado

A realização deste estudo deve-se à questão da necessidade de se construir redes de atenção conforme o percurso do usuário e não o contrário. Apesar de existirem vários serviços na rede de saúde, o grande problema é a falta de integração e os diálogos – institucional e interinstitucionais – que dificultam o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A escolha dessa temática deve-se a minha trajetória na área de saúde mental desde a graduação: quando fui acadêmico bolsista do Programa de Estágio Integrado em Saúde Mental no CAPS II Ernesto Nazaré, momento em que pude cuidar de alguns pacientes que apresentavam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Mesmo não sendo um CAPS AD, havia usuários que apresentavam além da psicose, a comorbidade do uso abusivo de drogas de modo que para obtê-la faziam de tudo, inclusive trocar os próprios eletrodomésticos pela droga, dentre outras coisas; seguido da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - UFRJ-IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria - UFRJ-IPUB (2011-2013) - em que tive uma experiência

com usuários de álcool e outras drogas do PROJAD. Projeto de álcool e drogas. Esses serviços extra-hospitalares têm o papel de contribuir para assegurar os direitos e proteção voltada para usuários do âmbito da saúde mental, inclusive os usuários de álcool e outras drogas, mas essa atuação no território é muito recente, apesar da luta intensa por transformações no campo da saúde mental há mais de vinte anos. A rede de atenção sobre drogas pode ser entendida como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária atrelada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na atenção e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados à pessoas que apresentem problemas devido ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial. (COSTA, 2015). Conforme Abrahão (2013), a rede pública de serviços de saúde de Niterói compromete-se com o pacto pela vida, reconhecendo a parceria estabelecida com a Universidade Federal Fluminense - UFF. Neste sentido, a atuação em redes de atenção à saúde, orienta a organização do cuidado à saúde e forma o profissional. Optamos por realizar uma pesquisa a respeito da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Objetivo: Identificar o que facilita o acesso e o atendimento integral destes mesmos usuários aos serviços, bem como o que dificulta. É relevante afirmar que facilitar este acesso aos usuários de álcool e outras drogas é uma forma de cuidado. Sendo assim, consideramos ampliar o acesso aos usuários de álcool e outras drogas por meio de redes é uma forma de cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo intervenção. A intervenção está relacionada ao desenvolvimento e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado na trajetória do institucionalismo francês, são catalizadores

de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e fazendo a análise. O conceito de instituição também sofre mudanças, não se identificando com o de estabelecimento, ganhando um sentido dinâmico, já que remete a um processo de produção constante de novos modos de existir, de configuração das práticas sociais (Rodrigues, 1993, Barros, 1994). A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações não permite a neutralidade do analista/pesquisador, rompendo com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido (AGUIAR, 2003). Este projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa Cuidado em seu Contexto sociocultural no Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde derivado do projeto cujas áreas de ação são: Saúde Coletiva; Política de Saúde; Formação em Saúde e está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) financiado pelo CNPq. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme a portaria 466/12, nº 209.321. Em relação à coleta de dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas com a participação de profissionais da rede de saúde de Niterói, inclusive preceptores de PET, articuladores da rede no território. Para definição dos critérios de inclusão: profissionais da rede de atenção à saúde do município o que abrange articuladores da rede no território, preceptores de PET, profissionais da atenção básica e atenção psicossocial, bem como alguns com experiência no trabalho em consultórios na rua. Critérios de exclusão: Graduandos, residentes médicos, estagiários. Resultados: Com a realização das entrevistas, identificamos que as barreiras de acesso, segundo os participantes da pesquisa, incluem a falta de infraestrutura, a formação deficitária de profissionais na área de saúde mental - que abrange a questão de álcool e drogas - para

lidarem com situações concernentes a este processo de trabalho; a cultura familiar que ainda recorre à internação como lugar primordial e mais eficaz para tratamento das questões de álcool e drogas mesmo com a existência já de serviços extra-hospitalares cujo cuidado costuma ser extramuro, ou seja, também ocorre no território; e vínculo trabalhista frágil dos profissionais de saúde. Já a vantagem, é que apesar de toda precariedade, existe um trabalho em rede devido à formação dos profissionais que estavam imersos no movimento de reforma psiquiátrica que valorizava ao extremo o trabalho em rede de saúde e intersetorial, outra vantagem é poder contar com a rede informal. Considerações finais: Desta forma, ao identificarem as fragilidades e também as facilidades no acesso dos usuários aos serviços isto de alguma forma contribui para reflexão crítica dos profissionais no que concerne ao próprio processo de trabalho de forma a viabilizar melhorias seja por meio de articulação com autoridades superiores e mesmo pela rede informal que valoriza o circuito do usuário na rede, incluindo as pessoas que fazem parte deste circuito como agentes de cuidado, não se restringindo apenas aos profissionais de saúde, Entendemos que o cuidado a que nos referimos remete a algo que não se restringe à execução de protocolos e procedimentos e abrange o acolhimento, a escuta, a rede de conversações necessárias a um agir em saúde mais eficiente.

A TUTORIA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Malviluci Campos Pereira, Camila Luzia Mallmann, Liara Saldanha Brites, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Tutoria, Residências em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde apresenta-se como um modelo inovador na formação de profissionais, contrapondo-se aos modelos biologicista e compartimentalizado do trabalho e da formação. Ao estar fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde, compõe uma das estratégias de consolidação deste, principalmente por abrigar em sua proposta o tensionamento de mudança do trabalho e da formação na área da Saúde. Atualmente, as Residências Multiprofissionais em Saúde encontram-se em um momento de importante expansão, em que ocorre um aumento importante do número de programas, principalmente a partir do incentivo ao vínculo com Instituições de Ensino Superior (IES). A partir da sua ligação com programas Residência Multiprofissional em Saúde, a Universidade pode desempenhar distintos papéis. Por vezes de proponente, onde é a condutora do processo, outras de suporte para a formação, no caso de uma residência multiprofissional proposta por uma instituição de saúde. Nesse contexto, com a intenção de articulação ensino-serviço, surge o papel do professor da IES como tutor. Segundo as Diretrizes Gerais¹, propostas pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, o tutor é aquele que tem o papel de orientação acadêmica, tanto para os preceptores (profissionais que realizam a supervisão direta das atividades práticas) quanto para os residentes em formação. Nestas Diretrizes, sua função se caracteriza pela integração entre saberes e práticas. O contato com a tutoria faz parte do nosso dia a dia e este tema vem se mostrando uma discussão importante a nível das Residências Multiprofissionais, principalmente a partir do incentivo ao vínculo com as IES que se deu nos idos de 2010. Contudo, a abordagem da figura do tutor ainda não foi estudada, fato observado

em um estudo, onde os autores realizam um panorama dos estudos sobre as Residências em Saúde no Brasil². É então a partir da experiência como residente, preceptora, militante e interessadas nos estudos sobre as Residências Multiprofissionais, que nasce a proposta de tema desta pesquisa com referencial bibliográfico: Quem é o tutor e como ocorre a tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde? Nesta pesquisa, apesar de ainda estar em construção, percebe-se a dificuldade de encontrar materiais escritos com enfoque na tutoria. Numa busca em duas bases de dados com os descritores Tutor, Tutores e Tutoria, foram encontrados 22 artigos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e 10 teses ou dissertações no banco de Teses da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES). Dentre estes, somente uma dissertação aborda a atuação do tutor em um Programa Residência Multiprofissional a partir da percepção dos membros do Núcleo Docente Assistencial Estruturante³. Para elencar mais elementos sobre o tema da tutoria nas Residências Multiprofissionais no Brasil, está sendo necessária uma busca aprofundada em referenciais teóricos oriundos de diferentes contextos, incluindo teses e dissertações, artigos científicos, capítulos de livros, Projetos Políticos Pedagógicos de Universidades e Programas de Residência em Saúde, legislação e proposições da CNRMS, documentos construídos em encontros de Residências Multiprofissionais e de movimentos sociais, como os Fóruns Nacionais de Coordenadores, Tutores, Preceptores e Residentes em Saúde. Vislumbra-se a partir desta escrita explorar fatores importantes sobre a tutoria nas Residências Multiprofissionais no Brasil, se possível encontrando elementos que contribuam para esta atividade.

A UTILIZAÇÃO DE UM SOFTWARE EDUCATIVO PARA O APRENDIZADO SOBRE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES DE ZONA RURAL

Marcia Figueiredo, Kátia Silva, Roberta Almeida Mendes, Jessica Vaz Silva, Guilherme Lurmmmerz, Fernanda Wisniewski

Palavras-chave: Saúde Bucal, Software, Educação em Odontologia

APRESENTAÇÃO: Atualmente, a computação doméstica, o uso do computador como ferramenta de apoio ao ensino são realidades. Os softwares educativos e os jogos eletrônicos proporcionam ao aluno, além de diversão, o desenvolvimento de suas habilidades, auxiliando no desenvolvimento das inteligências múltiplas. Segundo Oliveira et al., atualmente muitos professores reclamam que não conseguem manter a atenção dos alunos e que os mesmos não demonstram interesse pelos assuntos ensinados na sala de aula. Não podemos negar que essa nova geração está muito mais ligada à tecnologia do que a anterior. É urgentemente necessário o uso de novos métodos de ensino que prendam sua atenção, a façam ficar focada e ter vontade de aprender cada vez mais. Com isso, entram em cena jogos eletrônicos educativos, que apresentam a possibilidade de visualização na prática o que as crianças aprendem na teoria. Simplesmente jogando, elas aprendem de uma maneira inconsciente. Antunes acredita que a eficácia dos softwares educativos se deve à combinação de diferentes linguagens e da multimídia, com interatividade e criatividade, típicas dos ambientes digitais. Esses se apresentam como uma ferramenta pedagógica auxiliar, propondo uma maneira diferente de ensinar e levando o escolar a aprender de forma divertida. Tais ferramentas permitem uma interação com o conteúdo, proporcionando

ao jogador autonomia no aprender. Os softwares educativos constroem a vontade de jogar, estimulando o aluno a pensar e a tomar decisões a partir do momento que simula problemas e situações virtuais. De acordo com Lascalla, devido à constante evolução dos conceitos de promoção de saúde, o entendimento epidemiológico de multifatoriedade e a proposta de tratamento segundo o risco, a prática odontológica voltou-se para a promoção de saúde, enfatizando-se a necessidade de atuação nos agentes predisponentes ou causadores das doenças e não somente no tratamento cirúrgico-restaurador. A educação em saúde, para melhorar a eficiência da higiene bucal realizada pelo próprio indivíduo é uma das principais abordagens odontológica, porque, é a única medida racional de longo prazo para o controle mecânico da placa bacteriana. Sheiham, Maizels e Cushing, destacaram que há muita necessidade de programas eficazes de educação em saúde bucal, seja tanto no âmbito público quanto no privado e, para Biscoli a utilização do brincar como uma estratégia extra ao aprendizado está apta a trazer benefícios tanto às crianças, que terão mais condições facilitadoras para a aprendizagem, quanto aos seus responsáveis e profissionais de saúde, que poderão lançar mão de um recurso adicional para a conquista de seus objetivos. Diante deste contexto, este trabalho objetivou avaliar, durante uma atividade interdisciplinar em saúde, a percepção de escolares residentes em uma zona rural, sobre a utilização de um software educativo com temática relacionada à higiene bucal. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Software Educativo utilizado nesse estudo é denominado "Dentino" e foi desenvolvido no Instituto de Informática pelos alunos do PET Computação da UFRGS através do programa Unity. O programa Unity é uma ferramenta de desenvolvimento de jogos que possui recursos avançados

para a criação de títulos em 2D e 3D. Traz uma grande biblioteca de funcionalidades prontas para a realização de conexões em rede, geração de terrenos, criação de efeitos de iluminação e de personagens em 3D. O Software “Dentino” é baseado na aventura do personagem principal, um dente que atua contra bactérias e açúcares encontrados na alimentação com o auxílio da escova dental, creme dental, fio-dental e alimentos saudáveis, em ambiente que representa a cavidade bucal. Apresenta diversas fases, nas quais a higiene e a alimentação saudável são os recursos para ultrapassá-las, e no final do jogo conquista-se a saúde bucal. Este estudo apresentou-se do tipo quantitativo, no qual a avaliação da percepção dos escolares sobre o “Dentino” foi efetuada através de um questionário com questões fechadas aplicado a todos os alunos matriculados na Escola Rural de Ensino Fundamental Rio Grande do Sul, situada no município de General Câmara. O software “Dentino” foi disponibilizado aos alunos incluídos na faixa etária de 6 a 14 anos, sob supervisão de alunas treinadas dos cursos de Odontologia e Computação, no momento que antecedeu a escovação dental supervisionada, e após terminar de jogar foi oferecido ao estudante um questionário com perguntas de múltipla escolha específicas sobre o jogo. Todos os responsáveis pelos estudantes participantes da pesquisa assinaram um TCLE. Este foi aprovado pelo CEP/SMS de Porto Alegre. RESULTADOS 100% dos escolares gostaram do jogo e 96,6% relataram que aprenderam ao jogá-lo: 10% uso do fio-dental, 26,6% escovação, 23,3% Comer doces muitas vezes ao dia é ruim para os dentes, 43,3% Escovar os dentes faz bem à saúde e 3,3% não aprenderam nada. 86,6% dos escolares acharam o software fácil e 13,3% o acharam difícil. 93,3% gostariam de jogar mais vezes e 6,6% não gostariam. Com relação à pergunta: “O que poderia ser melhorado

no jogo?” 3,3% cores 20% Comandos 43,3% Rapidez 23,3% Personagens e 30% Estória. Após jogarem, 100% sentiram-se motivados a cuidar de seus dentes. 83,3% dos escolares deram nota 5 (escala de 1 a 5) para o jogo, 10% nota 4, 6,6% nota 3. Segundo o historiador francês Chartier em 2012, em sua entrevista à UNESCO, uma das maiores mudanças no mundo eletrônico é a possibilidade de associar ao texto músicas, sons, imagens e outros recursos, e também a capacidade inédita de agregar diferentes linguagens em um mesmo projeto. Diante desse cenário, a opção nesta investigação foi de utilizar o tablet, para a aplicação de um software educativo em odontologia, caracterizando o uso da TIC no processo de ensino e aprendizagem para escolares de zona rural que, em sua maioria, nunca tivessem tido algum contato antes com elas. CONSIDERAÇÕES FINAIS A aplicação do “Dentino” para escolares da zona rural apresentou uma resposta bastante satisfatória, uma vez que todos os alunos gostaram do jogo e sentiram-se motivados aos cuidados com a sua própria saúde bucal; Observou-se que o nível de atenção e a obtenção de novos conhecimentos foi constatada em 96,6% dos estudantes e o interesse pelo assunto “escovação dentária” foi aumentado em 69,9% as atividades de saúde realizadas na escola; Houve um entrosamento dos escolares durante a aplicação do “Dentino”, proporcionando além de aprendizagem, momentos de lazer e diversão para os estudantes. Muitos deles tiveram contato com um jogo eletrônico pela primeira vez.

A VISÃO DO ESTUDANTE NO MUNDO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA UNIDADE DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Maria Helena Ribeiro de Carvalho, Elane Taipeiro, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Rinaldo Henrique Aguilár da Silva, Silvia Franco da

Rocha Tonhom, Osni Lázaro Pinheiro, Maria de Lourdes Botta Hafner

Palavras-chave: avaliação da aprendizagem, formação médica, formação em enfermagem

APRESENTAÇÃO: A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), em seus Cursos de Medicina e Enfermagem, desenvolve o currículo integrado e orientado para o desenvolvimento de competências profissionais. Utiliza-se como estratégia pedagógica a metodologia de aprendizagem ativa, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda série dos Cursos de Medicina e Enfermagem busca dar continuidade ao desenvolvimento de habilidades nas áreas do cuidado individual, do coletivo, de gestão dos serviços de saúde e de iniciação científica. Para isso, fundamenta-se na lógica da vigilância em saúde, com ênfase na atenção primária, já iniciada na primeira série. Para que se alcancem os desempenhos propostos para a série, são necessárias realizações de ações, nas quais, são articulados atributos cognitivos, afetivos e psicomotores, realizados em cenários diversos da rede de cuidados à saúde. A inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes nos cenários reais, desde a primeira série dos cursos, visando à integração prático/teórico e ensino/serviço vem sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer e conhecer. Nos diferentes cenários de ensino/aprendizagem utilizados para seu desenvolvimento, as atividades são realizadas em pequenos grupos e os estudantes são estimulados a problematizar as situações e desafiados a descobrir e conhecer os caminhos que lhes permitam aprender e construir sua formação profissional. A 2ª série desses cursos está organizada em Unidades Educacionais:

Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES), Apoio à Prática Profissional e Unidade Educacional Eletiva (UEE), mantendo os pressupostos curriculares. A UPP, objeto deste estudo, desenvolve-se em dois cenários: o real – Unidade de Saúde da Família (USF) e o simulado – Laboratório de Prática Profissional (LPP). Para avaliação, nos diferentes cenários, é utilizado o Formato cinco (F5), que tem como objetivo avaliar o planejamento institucional da aprendizagem. O F5 é constituído pelos seguintes itens: Proposta da UPP, Processo de ensino-aprendizagem nos cenários reais e simulados, Organização da Unidade, Comentários adicionais e ou sugestões/recomendações. Nessa pesquisa apresentamos os resultados referentes aos dois primeiros itens do formato. OBJETIVOS: Analisar a avaliação da UPP2 na visão dos estudantes da segunda série da Famema, caracterizando a percepção da pertinência da Proposta da UPP para a formação de Enfermeiros e Médicos e para o momento de aprendizado em que eles se encontram e identificar a efetividade do Processo de ensino-aprendizagem desenvolvido no cenário real e simulado, considerando a articulação teórica com a prática e entre diferentes cenários. Método: pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria de Representações Sociais (TRS) e analisada pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Na interpretação da realidade, o compartilhamento das representações sobre um mesmo fenômeno, entre os diferentes indivíduos e grupos sociais, entende-se que há a construção de uma representação social, que são formas de conhecimento elaboradas e compartilhadas com objetivos práticos do cotidiano, e contribuem para a construção de uma realidade comum a um mesmo conjunto social. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Famema. A amostra foi intencional,

constituída pela escolha de 41 formatos de avaliação da UPP, desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS), preenchidos pelos estudantes da segunda série. A sequência da análise para elaboração dos discursos foi: (1) Análise dos depoimentos coletados na leitura dos formatos selecionados; (2) Análise da resposta de cada um em particular, assinalando as expressões-chave; (3) reconhecimento das ideias centrais de cada resposta; (4) agrupamento e análise de todos os conjuntos análogos entre ideia central e expressões-chave; (5) Caracterização da ideia central (IC) dos conjuntos análogos, que é uma composição das ideias centrais de cada discurso; (6) elaboração dos discursos do sujeito coletivo de cada categoria. Resultados: Referente à pergunta: “Qual a pertinência desta Unidade de Prática Profissional para a formação e enfermeiros e médicos e nesta etapa da aprendizagem?” foram estruturadas as seguintes ideias centrais: vivência no mundo do trabalho; aproximação com a realidade do SUS e estímulo à aprendizagem; propicia a vivência interprofissional e das relações humanas de forma ética e complementa a aprendizagem da UPP1; pertinente por que mudou; não é pertinente. Nos discursos, foi evidente a pertinência da UPP para formação de médicos e enfermeiros, corroborando com o que foi planejado no caderno de atividades da segunda série e o que se preconiza para a formação dessas duas categorias profissionais, descritos em seus projetos pedagógicos. Há que se destacar nos apontamentos referentes a não pertinência da UPP nesta etapa da aprendizagem, que estes foram justificados pelo tempo que os estudantes consideram que perdem com essa atividade, embora alguns reconhecem que a mudança na organização foi positiva. Da pergunta: Processo de ensino-aprendizagem: “A forma como a UPP foi organizada contribuiu para que você mobilizasse os recursos cognitivos,

afetivos e psicomotores para a identificação das necessidades de saúde e para a resolução de problemas no desenvolvimento das tarefas propostas?”, emergiram quatro ideias centrais: o planejamento da UPP contribuiu para a aprendizagem; contribuiu em parte; falta propósito; falta planejamento. Os estudantes referiram que o planejamento contribuiu totalmente, como preconizado em seus currículos, e em partes para sua aprendizagem, quando se tem como premissa os cuidados segundo a lei orgânica de saúde e pela incorporação da Atividade da Prática Profissional (APP). Alguns estudantes destacam também a falta de planejamento e propósito da UPP. Ao responderem a segunda pergunta do item 2: “A forma como a UPP está organizada contribuiu na articulação com a UES (Unidade Educacional Sistematizada)?” apontaram as seguintes ideias centrais: houve articulação, o que favoreceu o aprendizado ativo: entender a teoria da prática e a prática da teoria; realidade imprevisível, na qual o nível de articulação esperado confronta-se com o possível; faltou articulação porque não acrescentou muito ao conhecimento; em algumas situações a articulação foi pouco frequente, faltando sintonia e sincronia. Ao avaliarem, se a forma como a UPP está organizada contribuiu na articulação com a UES, os estudantes destacaram que a articulação foi possível entre os cenários na maioria das vezes e contribuiu para a correlação teórico-prática. Indicaram também que a realidade é imprevisível e nem sempre foi possível articular temporalmente os dois cenários de aprendizagem, pois não se tem um controle total sobre as necessidades de saúde que aparecem na vida real. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi possível constatar a efetividade do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nos diferentes cenários considerando as inter-relações entre o que está sendo estudado

na UES e o que está sendo abordado no contexto prático, o que torna o aprendizado mais enriquecedor. Tendo em vista o processo de avaliação formativa instituído na Famema, que permite a correção dos percursos educacionais durante o seu desenvolvimento, esses resultados, identificando as fortalezas e fragilidades do processo, fornecem subsídios à Instituição para replanejar as atividades curriculares, seja do ponto de vista do papel do professor no processo ou da organização das Unidades Educacionais na operacionalização das estratégias de aprendizagem.

A VIVÊNCIA EM UMA UNIDADE DE PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA INTEGRAÇÃO COM O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM

Anete Maria Francisco, Haydée Maria Moreira, Ana Paula Celeotto Guimarães, Luzmarina A. Doretto Braccialli, Silvia F. Rocha Tonhom

Palavras-chave: avaliação qualitativa, avaliação de programa, cenários de prática

APRESENTAÇÃO: A Unidade Prática Profissional (UPP) é uma unidade educacional inovadora nos currículos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma Instituição paulista, trabalhando com uma série de tarefas fundamentadas na prática profissional dos dois cursos e permitindo aos estudantes desenvolverem a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, afetivos e psicomotores para ter um bom desempenho profissional. Caracteriza-se pela inserção do estudante em cenários reais possibilitando a aprendizagem a partir da ação através da atenção e do cuidado integral à saúde da pessoa, desde as primeiras séries desses cursos privilegiando os cenários da atenção primária. Na terceira série do curso de Medicina, a UPP3 é desenvolvida no cenário

hospitalar e o foco dos estudantes deve ser os pacientes internados, apresentando integração com o cenário simulado da prática, cujas atividades são realizadas em laboratório e com pacientes simulados, e com a unidade educacional sistematizada (UES), unidade cognitiva que utiliza a aprendizagem baseada em problemas. OBJETIVO: Tomando-se por base a proposta de trabalho da UPP3 e os marcos teóricos da aprendizagem significativa, do currículo orientado por competência e do modelo de cuidado integral à saúde, a avaliação dessa unidade buscou identificar a percepção dos estudantes e professores envolvidos no desenvolvimento da unidade com vistas a esses referenciais. METODOLOGIA: Estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo, modalidade temática, com ênfase na abordagem da pesquisa social. Baseando-se na abordagem de amostra intencional, onde se considera os extremos de julgamentos, foram selecionados em cada grupo de estudantes, dois instrumentos que avaliaram positivamente a unidade e outros dois que avaliaram de maneira insatisfatória alguns dos campos do instrumento de avaliação, sendo que a amostra foi composta por 36 instrumentos respondidos pelos estudantes. Dentre os professores foi utilizada a totalidade dos 18 instrumentos preenchidos. Para a análise foram considerados os depoimentos dos campos “Proposta da Unidade de Prática Profissional”, “Processo de ensino-aprendizagem”, “Organização da Unidade de Prática Profissional” e “Comentários adicionais” do instrumento de avaliação respondidos no primeiro semestre de 2015. Para garantir o sigilo, os depoimentos que apoiaram as análises realizadas foram identificados por códigos alfanuméricos, E para estudante e P para professor, seguido pelo número dado a cada participante. RESULTADOS: De forma geral, a UPP3 foi positivamente avaliada como satisfatória

por 100% de professores e estudantes como uma unidade educacional que apresenta “profissionais excelentes e muito comprometidos e, que mais favoreceu a aprendizagem até o momento” (E1). Após análise dos instrumentos foram encontradas as seguintes temáticas: O sentir-se médico e A importância da integração teoria e prática. A primeira temática retrata a aproximação do estudante com o seu fazer profissional. Eles apontaram que, nesta fase do curso, a UPP3 parece prepará-los “para os cenários reais do cotidiano de um profissional da saúde” (E2), para “a prática profissional que por ora é bem distante do aprendizado apenas teórico, [aumentando] o contato com aquilo que enfrentará com mais frequência no decorrer da vida acadêmica e profissional” (E3), para o “desenvolvimento de raciocínio clínico, estabelecendo uma preocupação em ter uma boa história, com uma semiologia adequada e uma propedêutica bem estudada” (E4) e para “preencher [as] lacunas de conhecimento” (E3). O professor aponta que a pertinência desse momento para os estudantes é que eles “terão contato com a realidade dos cenários hospitalares, exercitando habilidades e raciocínio clínico” (P9), sendo essencial para a “formação do estudante, [já que] propicia a vivência prática e a interação com a teoria, sob supervisão e em grupo de discussão” (P15). Nessa fase do aprendizado a UPP é muito valorizada e a anamnese e o exame físico ganham outra dimensão, pois “acredit[am] que a UPP traz um cenário real e com pacientes reais, [e nesse sentido o estudante] aprende a ser mais cuidadoso e atencioso, aprende a fazer uma boa anamnese e aprende a examinar um paciente da forma correta. Além disso, é importante [devido ao] contato com doenças que nunca tive[ram] o interesse de aprender e como [as] presenciam [na prática, os estudantes se sentem motivados e] incentiva[dos] a querer saber mais e

como tratá-la da maneira adequada” (E8). Julgam ser “essencial para a formação de médicos, pois ensina a comunicação com os pacientes” (E8), “saber abordar o paciente e acompanhante, tão importante para ser médico” (E9). Outro aspecto positivo apontado foi o comprometimento dos professores/facilitadores em orientá-los no processo de aprender, percebendo-os “mais estimulados, preparados, qualificados e interessados” (E4), “ajudando na interpretação de sinais e sintomas, no esclarecimento de dúvidas e na construção de raciocínio clínico, [apontando] as necessidades propostas para o terceiro ano” (E7). A segunda temática refere-se à integração dos cenários de prática com os cenários simulados e teóricos. Os estudantes apontaram que o exercício do ser médico da UPP3 se aproximou bastante da teoria apresentada na unidade sistematizada, uma vez que “muito do que é visto na UPP pode ser levado para as discussões na UES” (E5), permitindo estabelecer e “fixar o que foi aprendido na UES, com essa integração melhorando o processo de aprendizagem” (E5). A integração teoria e prática também foi avaliada positivamente em relação às atividades realizadas no cenário simulado, abordando “os temas mais recorrentes dos cenários reais, permitindo estudo aprofundado e auxiliando nos casos que aparecem na UPP” (E6), sendo que “as lacunas de conhecimento descobertas no LPP [puderam] ser sanadas antes que elas aparecessem na UPP, contribuindo para a articulação do aluno no cenário real” (E3), isto é, para a articulação teoria e prática. Os professores avaliam de modo positivo esse cenário de aprendizagem como o “local mais adequado para apontar erros e acertos” (P11), assim como “fortalecer o trabalho em grupo” (P10). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os estudantes consideraram a UPP3 de grande eficácia na aprendizagem principalmente nesta fase da formação médica. A

integração entre as unidades de prática, real e simulada, foi destacada com sugestões de aumento de atividades no cenário simulado. Um ponto importante foi que o cenário real facilitou uma aprendizagem significativa em relação à história clínica e proporcionou o desenvolvimento de habilidades para a realização de exame físico. Entretanto, percebe-se que os estudantes se voltam para uma prática biologicista e medicalizante, já que o foco passa a ser o ambiente hospitalar. Momentaneamente, os depoimentos parecem retratar um cuidado objetal, a doença, a internação, não havendo referências ao sujeito que está acamado, doente. Apesar deste fato, destaca-se a importância do cenário hospitalar para a formação médica, e, ao mesmo tempo, há um reconhecimento de todo o processo da UPP desde a primeira série do curso. Apesar de o cenário hospitalar estar focado no cuidado objetal – a doença – articulam uma comunicação adequada com o paciente e seu acompanhante. Em relação ao processo ensino-aprendizagem foi destacada a integração da UPP com a UES por meio dos casos clínicos discutidos em cenário real e os problemas de papel, além da forte integração e adequação do LPP. Quanto ao papel do professor foi sinalizado ser fundamental para o processo, já que a maioria é comprometida, qualificada e interessada.

AÇÃO SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE REALIZADA EM UMA COMUNIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ: ATIVIDADE EXTRAMUROS

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Pâmela Nóbrega Menezes, Jéssica Freire Rangel, Erilaine de Freitas Corpes, Kaline Barbosa Morais

Palavras-chave: ação social, enfermagem, universidade

APRESENTAÇÃO: As condições de vida atuais têm favorecido ao aumento na expectativa de vida, evidenciado em dados que indicam que a maior parte da população se encontra na faixa etária de juventude à velhice (Portal Brasil, IBGE, 2014). Esse aumento na longevidade demonstra que a população torna-se mais propensa a desenvolver doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, obesidade, dentre outras, que podem interferir na qualidade de vida antes mesmo de o indivíduo ter o diagnóstico de alguma delas. Diante disso, é importante que sejam estimulados hábitos de vida saudáveis, como alimentação e ingestão de água adequada, prática de atividades físicas, abstinência de álcool e tabaco. Visando diminuir esses riscos e proporcionar boas condições de saúde a essas pessoas. Os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, por acompanhar de forma mais ativa as condições de saúde do indivíduo, tanto na atenção básica como em outros níveis de atenção, secundários e terciários, deve estar ciente da importância de atividades educativas visando contribuir para a promoção de saúde. Sabendo disso, são necessárias que sejam promovidas ações que busquem despertar a população para refletir sobre a própria saúde, por meio de discussões, momentos de aprendizagem individual e coletiva e medidas que previnam doenças. Assim, a atividade realizada objetivou estimular o autocuidado e hábitos saudáveis de vida, instruir acerca das principais doenças crônicas, realizarem avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial e teste de glicemia na comunidade de um bairro de Fortaleza, Ceará. **DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE:** O tema da atividade foi “Ação social com ênfase nos hábitos saudáveis de vida” foi realizado numa comunidade de Fortaleza, Ceará, no dia 30 de agosto de 2015, sob a coordenação de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, do 5^o

semestre, com auxílio da professora da disciplina Educação em Saúde e Ambiente - o interesse do grupo em planejar a ação social surgiu durante a disciplina. O propósito do grupo proponente foi dialogar com a população sobre hábitos saudáveis de vida, além de propiciar um ambiente de lazer e descontração, pois foram feitas doações de roupas e realizadas atividades de educação física, como dança e esporte. A meta da atividade foi sensibilizá-los sobre a importância do autocuidado, despertando reflexões individuais e coletivas acerca da saúde, entendendo-a como qualidade de vida em todos os aspectos: sociais, psicológicos, físicos, espirituais, econômicos, entre outros. Os métodos instrucionais utilizados foram: entrevista individual, explicações gerais e roda de conversa. O material disponibilizado para a população foi um panfleto confeccionado pelo grupo proponente, contendo informações relacionadas ao tema da ação social. Os assuntos discutidos com o público alvo foram: definições e sintomas das doenças crônicas; benefícios do autocuidado e dos hábitos saudáveis de vida; conceito de saúde; além de serem explicados todos os procedimentos a serem realizados. Assim, a intervenção buscou identificar o conhecimento prévio dos participantes, para que eles não compreendessem a ação como um ensino hierarquizado e vertical, mas sim, como uma aprendizagem mútua, com compartilhamento e respeito de saberes diferentes. Ao final da ação social, foram entregues questionários semi-estruturados para os participantes (a saber, 30 pessoas) discorrerem sobre sua percepção acerca da atividade. RESULTADOS E IMPACTOS: Os dados a serem apresentados e discutidos são referentes a uma entrevista semiestruturada realizada com 30 participantes. Dos 30 participantes entrevistados, 10 (33%) eram hipertensos, 9 (22%) eram diabéticos, 1 (11%) era tanto hipertenso quanto diabético e 10 (33%) não tinham nenhuma

dessas doenças crônicas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes são doenças crônicas que mudam de forma significativa a vida da pessoa, podendo estar relacionada a fatores genéticos ou aos maus hábitos de vida. Para que ocorra o controle dessas doenças é necessária a utilização de medicamentos, além da realização de mudanças no estilo de vida, como na alimentação e na prática de exercícios físicos. “A prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos e diabéticos” (PIRES; MUSSI, 2008, p. 2258). Quando perguntados sobre a ingestão de bebida alcoólica e o uso de tabaco, 30 (100%) dos participantes afirmaram que não fazem o uso de tais drogas. Isso é um fator que ajuda na manutenção de uma melhor qualidade de vida, pois tanto o cigarro quanto a bebida alcoólica causam e agravam várias doenças. Dentre as doenças mais conhecidas estão o câncer de pulmão e de fígado. No entanto, somente 20 (66,6%) pessoas realizam atividades físicas, principalmente caminhadas e atividades realizadas pelo projeto dos bombeiros oferecido na cidade, enquanto 10 (33,3%) não realizam nenhuma atividade física por queixar-se de não terem tempo ou por se sentirem indispostas para tais atividades. A prática regular de exercício físico é fundamental para a promoção da qualidade de vida, sendo a caminhada uma das atividades mais indicadas, pois estudos comprovam que ela reduz em até 50% o risco de doenças cardiovasculares, além de prevenir hipertensão, colesterol alto e trazer melhorias para o condicionamento físico. Com a realização frequente de tais exercícios é importante que seja realizada uma maior ingestão de água para que sejam mantidos os níveis de hidratação. Com isso, 19 (55%) afirmaram beber mais de 2 litros de água por dia, 10 (33%) até 2 litros de água por dia e 1 (11%) menos de 2 litros de água por dia. Após a realização da entrevista

os participantes puderam avaliar a atividade e todos afirmaram que a atividade foi ótima e satisfatória. Contribuindo bastante para que eles entendessem a importância da manutenção de uma boa qualidade de vida. Além dos formulários aplicados, os participantes receberam informações que facilitaram a sua compreensão sobre as doenças crônicas, seus impactos, dificuldades a serem enfrentadas e como tratar adequadamente a doença através de uma vida saudável. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após a análise dos resultados, pôde-se perceber que as doenças crônicas que acometeram essa população estão muito relacionadas aos hábitos de vida. Mesmo sem realizarem a ingestão de bebidas alcoólicas ou fazerem o uso do cigarro, o número de pessoas com HAS e/ou DM ainda é alto. Logo, é fundamental sempre ressaltar a importância de bons hábitos de vida diários. Por ser um dos profissionais mais presentes para proporcionar tais conhecimentos, o enfermeiro, bem como os estudantes de graduação em Enfermagem – que devem estar inseridos nas realidades das comunidades para que saibam atuar enquanto profissionais – precisarão conhecer não só a patologia, mas também os hábitos e o estilo de vida do indivíduo, todos os fatores que estão relacionados a ele, como condições socioeconômicas, sanitárias, psicológicas, para que, então, possa realizar um cuidado mais completo e individualizado, contemplando o ser humano na sua totalidade.

ACESSIBILIDADE DOS DEFICIENTES FÍSICOS NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

Aimê Cunha Arruda, Aline Cristiane Paula Spiering, Carine Nascimento da Silva, Cátia Trennepohl, Rosângela Moraes de Campos, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Palavras-chave: Barreiras Arquitetônicas, Direito de acesso, Educação

INTRODUÇÃO: O presente trabalho visa analisar a acessibilidade do deficiente físico na Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Tendo com base o estatuto da pessoa com deficiência, que tem como objetivo assegurar os direitos de tal. “Deficiência é toda restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade funcional de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária” (Brasil, 2005, página 11), neste aspecto, como deficientes físicos poderão ter mobilidade adequada numa universidade podendo cursá-la de maneira autônoma? A resposta esta na arquitetura do local, sendo necessárias rampas, banheiros, salas, portas e mesas adequadas para esta parcela da sociedade. Toda pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais ou com motilidade reduzida, tem seus direitos garantidos pela “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, pela Carta de 1988, pela Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas e demais legislações federais, estaduais e municipais. Tais leis visam à realização de uma sociedade humana e com a acessibilidade assegurada. OBJETIVO GERAL: Verificar a acessibilidade que é oferecida ao deficiente físico na Universidade de Cruz Alta. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Constatar a presença de rampas e/ou elevadores nas dependências do Campus para deficientes físicos; Descrever o número e locais de estacionamentos privativos para deficientes físicos; Relatar se os banheiros do Campus são adequados aos deficientes físicos; Analisar se as classes e mesas que a Universidade de Cruz Alta dispõe se enquadram às necessidades dos deficientes físicos; Apontar se as portas de acesso em geral, estão adequadas aos deficientes físicos. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

Acreditamos que é direito de todos sem qualquer discriminação, a educação; a possibilidade de cursar uma Universidade e poder frequentá-la de forma adequada e acessível. A expectativa de uma experiência inovadora para, nós, acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta visando analisar a acessibilidade oferecida aos discentes, docentes e funcionários portadores de necessidades especiais que frequentam a Universidade. METODOLOGIA: A pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório e descritivo (GIL, 2002) e foi desenvolvida nas dependências da Universidade de Cruz Alta. População e amostra - A População de pessoas com deficiência física que frequentam a Universidade de Cruz Alta. Coleta dos dados - A coleta de dados foi realizada através de observação participante e registro fotográfico pela máquina modelo Sony cyber – shotdsc w310. Análise dos dados - A análise dos dados foi através dos diferentes achados nas fotografias, determinaram as dificuldades e/ou falta de acesso do portador de deficiência física, que frequenta a UNICRUZ. O amparo para a compreensão dos dados foi mediante o determinado na Legislação Brasileira do Deficiente Físico. Ética - aspectos éticos - Para o atendimento a Resolução 196/1996, denominadas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, nosso projeto teve a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Acessibilidade na universidade através de rampas e elevadores - Os resultados obtidos demonstraram que a Universidade de Cruz Alta possui rampas em suas instalações que proporcionam o acesso as suas dependências. No caso dos elevadores a Universidade de Cruz Alta apresenta um elevador na Biblioteca e outro no prédio sete. Estacionamentos privativos para deficientes físicos - A UNICRUZ possui seis

vagas de estacionamento para deficientes físicos, todas sinalizadas. O acesso a UNICRUZ através do transporte coletivo - Conforme funcionária da empresa de Transporte Coletivo Nossa Senhora de Fátima nos informou a empresa possui ônibus adaptados, porém nenhum usuário da linha de transporte UNICRUZ necessita deste serviço. Estrutura dos banheiros adaptados do Campus - Realizamos a análise de três sanitários do Campus, observado o acesso, a sinalização, e verificando suas instalações conforme as normas técnicas. Para tal usamos a norma ABNT NBR 9050. As portas de acesso aos sanitários possuem puxadores horizontais. As barras de apoio em um dos sanitários estavam localizadas em lugar inadequado. Nos três sanitários analisados apenas um apresentava lavatório suspenso conforme determina a norma. Mobiliário - As mesas das salas de aula da UNICRUZ possuem acesso, havendo apenas algumas ressalvas. A bancada para pagamento localizado no prédio sete possuía altura de 1,20, e não apresentava altura livre inferior. Sendo assim não era adaptada para pessoas com cadeira de rodas, ao apresentarmos o projeto à Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade de Cruz Alta o local foi fechado, pois entendeu que não estava devido às normas. Porta de acesso - As portas que proporcionam acesso as acesso às salas de aula, aos laboratórios, a lanchonete, ao elevador e a biblioteca, permitem o acesso, havendo apenas algumas ressalvas. CONCLUSÃO: O desenvolvimento do presente trabalho, acessibilidade dos deficientes físicos no campus da UNICRUZ, trouxe ao grupo a possibilidade de formar uma consciência crítica sobre o tema, entendendo os direitos dos deficientes. O estudo é a principal ferramenta para um profissional bem qualificado, juntamente com um pensamento ético e digno, e foi a partir deste trabalho que construímos ideais indelévels para que, possamos sanar

falhas sobre a acessibilidade em toda a sociedade. A UNICRUZ é um exemplo de acessibilidade e isso foi provado através do registro fotográfico. É um orgulho para nos acadêmicos poder usufruir e vivenciar deste espaço que é construído por todos nós.

AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Adilson Ribeiro dos Santos

Palavras-chave: Educação em Saúde, Câncer de mama, Prevenção

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde configura-se em uma das principais estratégias para viabilizar a promoção da saúde na atenção aos pacientes. Prezando pela prevenção, envolve a participação dos profissionais da unidade e a população, evidenciando e contextualizando as necessidades que emergem da comunidade. Dessa forma, essa estratégia não segue uma lógica verticalizada de transmissão de conhecimento, mas sim, a construção do mesmo. A equipe de saúde deve se preocupar com a organização dos processos educativos, na divulgação de fatores de risco, orientação e sensibilização dos modelos comportamentais e de hábitos saudáveis. A fim de proporcionar autonomia para o autocuidado e o autoexame na detecção precoce do câncer de mama, oportunizando a aquisição de conhecimento prévio para a discussão sobre a temática com as mulheres. Uma questão importante é conhecer a percepção das mulheres frente ao risco do câncer de mama, quanto a gravidade da doença, o tratamento e principalmente, a detecção precoce. De forma a auxiliar na organização e implementação da assistência prestada, adequando a realidade de cada

mulher, no que tange a educação em saúde. Portanto, o empoderamento do sujeito para seu autocuidado facilita a detecção precoce que configura-se a principal estratégia para o controle dessa doença, realizando por meio do exame clínico das mamas de mulheres em idade fértil até após a menopausa. Desta forma, o objetivo desse estudo é conhecer a importância da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família para a prevenção do câncer de mama. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Essa é uma pesquisa de revisão de literatura, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, embasada no questionamento: o que vem sendo publicado na literatura sobre a importância da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família para a prevenção do câncer de mama? Para a construção do estudo foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde em agosto de 2014. A busca dos estudos teve início com a definição dos descritores a serem pesquisados, como: “educação em saúde”, “câncer de mama”, “neoplasias de mama”, “prevenção”. Definidos os critérios de inclusão: artigos completos, em português e ano de publicação entre 2008 e 2013. Sendo os critérios de exclusão: artigos que não abordavam a temática segundo o objetivo do estudo. Com os descritores isolados e a união deles, foram encontrados 2.032 artigos, porém, com base nos critérios de inclusão e de exclusão foram selecionados 07 artigos. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Na análise dos artigos sobre a temática percebeu-se que a educação em saúde ainda ocorre de maneira falha. Na busca de informações para elaboração de um manual educativo foi detectado que as pacientes carecem de informações sobre a cirurgia, destacando a importância das informações acerca dos riscos e benefícios de cada caso. Apesar da existência de Lei garantindo a cirurgia reparadora dos seios, esta é uma informação que não é

divulgada para a maioria das mulheres. Dessa forma, foi percebida em estudo a deficiência na promoção da saúde, na mobilização e sensibilização da comunidade sobre o câncer, além de despreparo dos profissionais de saúde em relação ao melhor período para a realização do exame clínico das mamas e a idade recomendável para a solicitação da mamografia. Destacam também a necessidade de informações sobre os cuidados no pós-cirúrgico e acerca da reabilitação. Em estudo foi observado que a educação em saúde viabilizou aos adolescentes o conhecimento do corpo, informações sobre o risco do câncer de mama, a técnica do autoexame e a propagação deste conhecimento aos familiares. Outro fator importante destacado foi a educação em saúde para os familiares, pois, estes serão o apoio para o enfrentamento da patologia. Sendo relevante ressaltar que em estudo foi encontrado que 27% da amostra dos familiares não conheciam fatores de risco para a doença, reforçando a importância da integração da família na educação em saúde. Também foi evidenciado a baixa prevalência do exame clínico das mamas no atendimento de pré-natal pelos profissionais. E, estudo destaca como estratégia para a promoção da saúde o uso de manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada, trazendo a importância para os profissionais realizarem a promoção em saúde com mais eficácia. CONCLUSÃO: A educação em saúde configura-se como uma importante estratégia de sensibilização dos usuários, porém, ainda ocorre de maneira falha na Estratégia de Saúde da Família. É necessário que os profissionais estejam motivados na busca da qualificação através da educação permanente, para garantir-lhes reflexão sobre seu processo de trabalho perante as demandas da prevenção do câncer de mama. É importante também que as atividades de prevenção e promoção da saúde, por meio da educação em saúde envolvam os familiares,

visto que estes são as pessoas próximas do paciente que apoiarão e prestarão os cuidados necessários ao familiar acometido pela patologia. Assim, a educação em saúde exige um processo contínuo e os profissionais de saúde devem refletir sobre a sensibilização individual e em grupo necessária aos pacientes empoderando-o e dando autonomia para que estes possam apropriar-se do autocuidado.

AÇÕES INTERDISCIPLINARES DE CUIDADO EM SAÚDE: INTERVENÇÕES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Regina Pereira Jungles, Andressa Vian Federissi, Marilucia Vieira dos Santos

Palavras-chave: Promoção da saúde, Humanização da assistência, Relações comunidade-instituição, Formação Profissional

Introdução: O projeto de extensão “Ações Interdisciplinares de Cuidados em Saúde no bairro Santo Antônio – Lajeado/RS” (PI) iniciou em 2009, sendo um dos projetos Institucionais do Centro Universitário Univates. Tem como objetivo principal promover ações interdisciplinares de cuidados em saúde que contribuam com o processo de formação diferenciada dos discentes dos cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Direito, Educação Física, Estética e Cosmética, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Pedagogia, Psicologia entre outros cursos da instituição, bem como, identificar o contexto socioeconômico e, a partir disso, propor ações de sustentabilidade, envolvendo a comunidade e instituições locais, que promovam a integração entre ensino-serviço-comunidade. O projeto tem a proposta de articular e incluir os diferentes enfoques dos saberes interdisciplinares para o atendimento das diferenças e

singularidades do indivíduo (Ministério da Saúde, 2010, p. 75). Com o intuito de atender à regulamentação do Ministério da Educação, referente à modificação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da Saúde, visando à formação interdisciplinar e a atenção integral à saúde do sujeito a partir dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto oportuniza aos participantes o conhecimento do contexto social dos locais em que são desenvolvidas as ações e buscam a inclusão de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, a partir de uma visão integralizada, de acordo com os determinantes de saúde (CNDSS, 2008), e de uma clínica ampliada dos cuidados em saúde. Metodologia: O PI ocorre semanalmente no bairro Santo Antônio - Lajeado/RS, às terças-feiras noturnas, durante três horas. São realizadas visitas domiciliares aos usuários, encaminhados ao PI pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São realizadas intervenções, coletivas e singulares, conforme a demanda de cada usuário que é atendido, e suas famílias. Além de dois usuários que são atendidos em horário escolar, abrangendo dessa forma toda turma na qual a criança está inserida. No decorrer do projeto ocorrem as tutorias, momentos em que professores tutores e alunos voluntários se reúnem promovendo discussões, através de questionamentos, reflexões, onde são determinadas as estratégias de intervenção que são discutidas, analisadas e planejadas pelos alunos, mediante supervisão. Também são realizadas rodas de conversas com os voluntários, tutores, bolsistas, agentes comunitários de saúde e demais funcionários da ESF, com enfoque na integralidade da atenção ao usuário e seus familiares. Nestes momentos são discutidos os casos clínicos e sociais do usuário de forma interdisciplinar, além de promover teorias sobre as ações realizadas na comunidade, o que possibilita

aos alunos melhor desenvolvimento do processo teórico e prático de aprendizagem. Outra atividade do PI é a realização de oficinas com entidades pertencentes ao bairro, e que são parceiras do projeto, com o intuito de ampliar a educação para os cuidados em saúde e auxiliar nas ações de sustentabilidade, conforme a demanda de cada local. O projeto faz uso dos diários de campo e portfólios como ferramentas para descrição do planejamento, execução e avaliação das ações propostas, servindo como base de dados para a construção de artigos científicos. Resultados e discussão: Atualmente o projeto atende a 12 usuários e suas respectivas famílias no bairro. Desde sua criação, em 2009, o PI já contou com a participação de mais de 400 alunos voluntários. Quanto ao número total de atendimentos, o projeto de extensão conta com quatro mil atendimentos diretos à população. Sendo que em 2014 totalizou 416 atendimentos, com a participação de 81 acadêmicos voluntários. Neste mesmo ano, a equipe do PI realizou sua primeira oficina em uma escola parceira do projeto, tendo a participação de 35 crianças e 3 professores da escola. Foram confeccionadas garrafas decorativas, com objetivo de fortalecer atitudes de sustentabilidade incentivadas pela escola para reciclagem de materiais descartáveis e reutilização dos mesmos para construção de materiais pedagógicos. No primeiro semestre de 2015 o projeto realizou duas oficinas, uma na ESF do bairro desenvolvendo o tema sobre saúde do trabalhador e outra em uma escola de educação infantil envolvendo cuidados de higiene. As oficinas funcionaram como estratégia para promover as relações sociais e desenvolvimento de vínculos afetivos, assim como o incentivo à criatividade, à prática da solidariedade e à promoção da saúde. Esta iniciativa corrobora com Lima (2004) que descrever que “as oficinas são importantes para que uma singularidade

possa inscrever-se no mundo; a participação em atividades que tenham lugar na cultura, como prática social, possibilitando de serem reinterpretadas, recompostas e reaplicadas". As rodas de conversas têm como premissa o respeito pelos fatores que ocasionam o adoecimento do sujeito e as relações com o seu contexto de vida (Ministério da Saúde, 2007, p. 16). Entre os temas trabalhados nas rodas de conversa destaca-se: interdisciplinaridade, cuidados em saúde e concepção de saúde/doença, a capacidade de escuta e acolhimento na prática clínica. Conceitos que vem ao encontro da visão de clínica ampliada, propondo que o profissional de saúde desenvolva sua plena capacidade para auxiliar o sujeito, não apenas no tratamento das doenças, mas para ajudar da melhor forma possível a promoção de qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2004, p.18). O momento das rodas de conversa permite também a discussão e o esclarecimento do papel de cada integrante da equipe no atendimento ao usuário e sua família o que é considerado muito importante para análise do desenvolvimento da humanização das ações em saúde. Até o momento já foram produzidos e publicados dez artigos científicos pelo grupo do PI. Sua construção possibilita tanto a reanálise das atividades propostas no decorrer do processo, como a busca de novos conhecimentos teóricos, propondo um momento reflexivo da construção da prática em saúde, favorecendo no planejamento do ensino educacional acadêmico para o melhor aperfeiçoamento do profissional da área. O conhecimento vivenciado ultrapassa os conceitos dos livros e das teorias discutidas em aula, podendo perceber na prática a importância do exercício da cidadania, da criação do vínculo com usuário/paciente, do entendimento das práticas de escuta e de acolhimento do sujeito, que se encontra fragilizado pela sua situação de saúde,

como pré-requisito para planejamento das condutas terapêuticas singulares. Conclusão: Observa-se que os discentes que participam do projeto desenvolvem visão interdisciplinar na análise dos processos saúde-doença. Também assim, as famílias atendidas desenvolvem maior autonomia no cotidiano e capacidade de construir vínculos afetivos. A criação do vínculo entre cuidador e usuário é um dos resultados positivos do projeto, pois ele é responsável pela aproximação da equipe com a família, tornando mais fácil a identificação de suas reais necessidades, para que de forma conjunta possa ser escolhida a melhor abordagem às demandas observadas. Assim, o método de trabalho empregado pelo projeto, atinge seus objetivos na busca de uma articulação entre docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde com a comunidade do bairro. Ao mesmo tempo em que favorece a qualificação da formação dos estudantes.

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ÓPTICA DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL INSERIDA NA REGIÃO AMAZÔNICA

Marcilene Batista Costa, Gabriele Pedrosa Vasconcelos, Kamille Herondina Maia Martins, Melina de Figueiredo Miranda, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Adolescentes, Drogas, Conhecimento

APRESENTAÇÃO: A adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade e representa uma fase de grande vulnerabilidade devido aos fatores biopsicossociais aos quais os adolescentes estão sujeitos¹. Durante este período de transição do estado infantil para o adulto, o adolescente estabelece uma identidade pessoal, assume o controle

de sua vida social, adquire uma maior autonomia, experimenta novos contatos sociais, apresenta tendências grupais que, associados à curiosidade natural desta fase, aos conflitos vivenciados e à inserção/aceitação em grupos, tornam-os alvos fáceis a experimentar novas sensações, entre elas as drogas². Drogas são substâncias sintéticas ou naturais, que introduzidas no organismo do ser humano, modifica suas funções. O termo "droga" é descrito como substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, modificando suas funções, a sensações, o humor e o comportamento³. Uma das questões mais importantes no que diz respeito ao uso de drogas é o fato de estar atingindo progressivamente as camadas mais jovens da população. Embora o problema exista também entre os adultos e seja alarmante, o desenvolvimento precoce com o vício preocupa pelo fato de interferir no adequado desenvolvimento do indivíduo, tanto do ponto de vista físico, como psicológico⁴. Então é necessário saber o que os jovens sabem realmente a respeito das drogas, para analisar e informar a respeito do certo ou errado. Para a enfermagem, é importante trabalhar o assunto entre os adolescentes, através de palestras nas escolas ou outros meios de prevenção, visando sempre manutenção de uma boa qualidade de vida desses adolescentes. Uma vez que a enfermagem tem papel primordial na prevenção e promoção da saúde⁵. Objetivo: Avaliar o conhecimento dos adolescentes da Escola de Ensino Fundamental Ester Ferreira na Cidade Santarém região Oeste do Pará. Desenvolvimento: O modelo adotado de pesquisa segue o método da Problematização, baseada na teoria do Arco de Maguerez, que visa o ideal de práxis: aprender fazendo. Em cinco etapas, sendo elas: observação da realidade, os acadêmicos fizeram uma visita prévia na escola, observando possíveis necessidades

e coletando informações com a pedagoga e a diretora. Pontos-chaves, ficou decidido então que o tema a ser abordado seria álcool e outras drogas. Teorização, realizada pesquisa bibliográfica sobre os assuntos. Hipóteses de solução, onde se decidiu a melhor forma de transmitir o conhecimento sobre os temas para o público-alvo. Aplicação a realidade, sendo no dia 29 de Setembro de 2014, no horário vespertino das quatorze horas, estipulado como a intervenção sendo aplicados formulários antes e após a palestra, seguido de dinâmicas para testar o aprendizado dos alunos. Resultados: Participaram da ação trinta e dois alunos, sendo dezoito do sexo feminino e quatorze do sexo masculino do quinto ano do ensino fundamental. Ao avaliarmos as perguntas feitas no formulário obtivemos os seguintes resultados: No questionário aplicado anterior à palestra observou-se que a maioria dos alunos do sexo masculino, ou seja 11 (78,5%), responderam que sabiam o que eram drogas e apenas 3 (21,4%) responderam que não. Quanto que após a mesma verificou-se que todos os alunos afirmaram saber o que são drogas. No caso do sexo feminino, antes da palestra, 10 (55,5%) responderam saber o que são drogas contra 8 (44,5%) que responderam não. Mesmo após a palestra duas alunas ainda afirmaram não saber o que são drogas. Daí a importância de se informar aos adolescentes e jovens estudantes sobre os efeitos e riscos de substâncias psicoativas⁵. Quando perguntou-se previamente sobre o conhecimento dos riscos ocasionados pelas drogas, nos alunos do sexo masculino, 8 (57,1%) alegaram que causa dependência, 4 (28,5%) que não causam danos à saúde e 3 (21,4%) que a droga deixa mais inteligente. Em contrapartida a maioria das alunas, no caso 15 (83,3%), responderam que drogas causam dependência e 3 (16,7%) que não causam danos à saúde. Após a palestra todos os alunos, tanto do sexo feminino quanto

no masculino, afirmaram que as drogas causam dependência e danos à saúde. Os adolescentes e jovens demandam atenção especial, tendo-se em vista que, na maioria das vezes é na adolescência ou juventude que ocorre o primeiro contato com as drogas e o estabelecimento de um padrão de uso problemático, tendo-se em vista que é uma etapa de grande vulnerabilidade no desenvolvimento humano⁶. Perguntou-se também quais motivos que levam os adolescentes a utilizar drogas, e obteve-se como resposta que a problemas familiares curiosidade e os são os mais apontados como causa. A família é o alicerce de qualquer indivíduo visto que esta é responsável pela elaboração de relações primárias e a base de seu desenvolvimento, e uma vez que esta apresenta-se desestruturada, o adolescente procura preencher essa lacuna na rua com amigos próximos e, dependendo da situação vivenciada, pode ser incentivado à experimentação e ao uso de drogas⁷. Considerando também que a curiosidade influencia os adolescentes a utilizarem as drogas, por diversão, por pressão do grupo social, ansiedade e devido a baixa estima social⁸. Considerações finais: Adolescência é uma fase na vida do indivíduo, muitas vezes geradora de conflitos internos e externos, indagações e questionamento que impulsionam o adolescente à buscar soluções para seus problemas momentâneos. Por isso, é imprescindível que a informação seja compartilhada no contexto familiar pois esta pode atuar tanto como elemento preventivo, quanto facilitador do abuso de substâncias psicoativas. No estudo realizado constatou-se que os adolescentes possuem um conhecimento prévio sobre o uso de drogas e suas consequências. Porém, é necessário que a família atue em conjunto com a escola, para que se obtenha um maior êxito na prevenção do uso de álcool e outras drogas. A enfermagem tem papel essencial na promoção e prevenção da saúde, uma vez que esta se preocupa em informar e

trabalhar os temas que mais acometem a população. Com os adolescentes foi importante trabalhar de forma holística e integradora, pois facilitou a aproximação, confiança e respeito dos mesmos facilitando o diálogo a cerca da complexidade do tema e seus riscos a saúde.

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: PERCEPÇÃO DE ALUNOS DO PROJETO DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA EM SANTARÉM-PA

Cristiano Gonçalves Morais, Diandra Willa do Rosário Dini, Yonara Pereira Bita Correia, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplicio, Aldine Cecília Lima Coelho, Mariane Santos Ferreira, Jocileia da Silva Bezerra, José Raul Figueira Ferreira

Palavras-chave: álcool, drogas ilícitas, conhecimento, ações em saúde

APRESENTAÇÃO: A utilização de álcool e outras drogas por diferentes povos e culturas estão presentes em toda a história da humanidade, em busca de novas sensações a partir de diferentes tipos de substâncias psicoativas produzidas a partir de elementos da natureza, com objetivos e motivações diversas. Neste sentido, conforme dados da Organização Mundial de Saúde, 10% das populações urbanas de todo o mundo, independente de sexo, idade e classe social fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas. Este consumo não moderado está relacionado de forma direta e indireta a problemas sérios, dentre os quais se destacam a violência, acidentes automobilísticos, distúrbios de conduta, depressão clínica, comportamentos de risco no âmbito sexual e outros problemas de saúde decorrente dos componentes da substância ingerida. As ações em saúde são um dos métodos preventivos que podem ser utilizados para

combater ao uso dessas substâncias, onde a literatura abordada engloba aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sócio familiar. Desta maneira, este estudo tem como objetivo verificar a percepção de alunos do EJA (Educação de Jovens e Adultos) sobre o álcool e outras drogas e possíveis implicações na vida do usuário. Desenvolvimento: A pesquisa sustenta-se em um estudo descritivo com abordagem quantitativa transversal tendo a aplicação de um questionário semiaberto. O local escolhido para realização desta ação em saúde foi a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Aparecida, localizada na Rua Clementino de Assis, bairro Aparecida, no Município de Santarém-PA. Participaram da pesquisa, 15 alunos do EJA (Educação para Jovens e Adultos) da escola em estudo, na faixa etária de 16 a 54 anos. Realizou-se o estudo em dois momentos, com a aplicação do questionário antes da palestra para verificar o conhecimento prévio dos pesquisados sobre o tema e o segundo momento após a palestra. Os dados obtidos foram tabulados por meio da utilização do pacote estatístico Excel 7.0 e organizados em tabelas para a melhor visualização e compreensão dos mesmos. O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 196/96 da CNS, para garantir o anonimato dos pesquisados, e garantir a sua integridade. Foi feito um termo de autorização para o uso de informações colhidas, que visou à aceitação dos participantes para responderem de livre e espontânea vontade aos questionários. RESULTADOS: De acordo com os dados do questionário relacionados à pesquisa desenvolvida com alunos do EJA, com idades entre 16 a 56 anos, foi observado que 66,7% dos alunos eram do sexo masculino, em contraste com 33,3% do público feminino. Relativo ao conhecimento sobre álcool e outras drogas, antes da palestra, 100% do sexo feminino

responderam ter conhecimento. Em relação ao sexo masculino 88,9% afirmaram possuir informações e 11,1% desconhecia o assunto. Já após a palestra, todos os alunos assinalaram obtiver conhecimento. Quando se perguntou antecipadamente sobre o conhecimento das consequências das drogas para o organismo, 50% do sexo feminino demonstraram que tinham informações sobre as consequências e 50% desconheciam o assunto, enquanto que 83,3% do sexo masculino afirmaram ter conhecimento e 11,1% afirmou não possuir nenhuma informação. Já após a palestra 83,3 do sexo feminino afirmaram ter adquirido conhecimento, e 16,7% não adquiriu conhecimento. Em contrapartida 100% do sexo masculino garantiram conhecer as consequências das drogas, e quando inquiridos sobre a prática do consumo de álcool e ou outras drogas, 50,0% da população feminina afirmaram ter utilizado, enquanto 50% responderam não utilizar. Já no público masculino 33,3% afirmaram nunca ter consumido álcool e/ou outras drogas e 66,7% afirmaram fazer o consumo. Após a realização do questionário 02, não houve modificação nas respostas do público feminino enquanto no público masculino, 22,2% afirmou não ter feito uso de álcool e ou outras drogas e 77,8% afirmou fazer uso, mostrando dessa forma que aplicação da palestra sensibilizou o indivíduo para que respondesse de forma verossímil o questionário. Quando perguntados antes da palestra sobre a principal substância psicoativa, seja lícita ou ilícita, que consomem 50,0% da população feminina, afirmou não consumir nenhum tipo de substância, 33,33% afirmou consumir cerveja, seguido de 16,7% que relatou fazer uso de cerveja e maconha. Já na população masculina estudada, 33,33% dos alunos afirmou fazer uso de cerveja, 33,33% respondeu não fazer uso de nenhum tipo de substância psicoativa, 11,1% informou fazer uso de maconha, 11,1% respondeu fazer

uso de maconha e crack e 11,1% informou que faz uso de substância psicoativa, porém não relatou qual o tipo. Após a palestra, as respostas da população feminina, quanto à referida pergunta permaneceram inalteradas, enquanto duas respostas da população masculina obtiveram novos resultados, sendo que 44,4% alunos afirmaram fazer uso de cerveja, tendo-se um pequeno aumento percentual e 22,2% afirmaram não fazer uso de nenhum tipo de substância, tendo uma diminuição no percentual, o que mostra que a palestra sensibilizou a população estudada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A temática do uso de álcool e outras drogas vem se mostrando como um grande desafio em todas as esferas sociais e governamentais tornando-se um grave problema de saúde pública pelo crescente consumo de substâncias psicoativas lícitas e, ou ilícitas confirmado nessa pesquisa, onde observou-se que existe conhecimento prévio do problema entre os participantes, mas por outro lado desconhecem as consequências do uso abusivo. Neste cenário faz-se necessário por oferecer informações sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e, ou ilícitas tornando-se necessário proporcionar conhecimento aprofundado, pois a prevenção primeiramente está baseada em sensibilização e no conhecimento dos principais problemas desencadeados a partir da utilização do álcool e outras drogas. Desse modo podemos dizer que a ação em saúde aprimorou esses conhecimentos, alcançando o objetivo do estudo, obtendo êxito no repasse de informações sobre os malefícios do uso de álcool e outras drogas. Fortalecendo a ideia que as ações em saúde desenvolvidas principalmente em escolas, é uma ferramenta importantíssima para a luta contra as drogas, pois nela permeia um ambiente de convivência e aquisição de valores vitais para o indivíduo.

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM NOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Adriane das Neves Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Aprendizagem, Educação a Distância, Educação Permanente, Informática em Enfermagem

INTRODUÇÃO: Este estudo descreve a opinião de profissionais de enfermagem sobre o uso do ambiente virtual de aprendizagem (AVA) nos programas de Educação Permanente em Saúde de um hospital pediátrico de um município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. As mudanças ocorridas no mundo contemporâneo, com o acelerado crescimento dos recursos tecnológicos na área de saúde, têm provocado mudanças significativas nos espaços de trabalho, exigindo do profissional atualização constante de saberes, que possibilite o desenvolvimento de atitude crítico-reflexiva, tornando-os capazes de se adaptarem ao processo de mudança. Para Ceccim (2005) a educação permanente em saúde (EPS) é uma estratégia fundamental às transformações do trabalho por subsidiar uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Nesse sentido, novas alternativas de formação e capacitação foram inseridas no contexto do ensino profissionalizante em enfermagem, e o uso da tecnologia muito tem beneficiado. As mudanças tecnológicas nos ambientes de cuidados à saúde têm contribuído para a melhoria do ensino de enfermagem, como forma de adequar esses profissionais ao mercado de trabalho. Muito se vê a aplicabilidade das ferramentas tecnológicas no ensino superior, entretanto as tentativas no ensino profissionalizante ainda são

incipientes (MCGOWAN, 2008). Uma das principais ferramentas utilizadas na educação a distância é o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A principal função do AVA é a de servir de repositório de conteúdos e meio de interação/comunicação entre os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Os objetivos do estudo foram descrever a opinião dos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre o uso do ambiente virtual de aprendizagem e analisar os fatores que facilitam e dificultam o uso do AVA nos programas de EPS. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um estudo qualitativo, resultado de dissertação de mestrado defendida em 2014, que utilizou os discursos dos participantes que fizeram o curso no AVA, foi realizada a análise de conteúdo por categorização. Os diálogos foram analisados nas ferramentas dos fóruns de discussão e foram propostas duas perguntas: 1. Você acha que a utilização de cursos a distância contribui para a formação? 2. Quais os fatores que facilitaram e os que dificultaram o desenvolvimento do programa de ensino no AVA? A partir da análise temática de conteúdo, foram feitas várias leituras das respostas contidas nos fóruns do ambiente virtual e identificada uma categoria temática: Facilidades e dificuldades vivenciadas na realização do curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem, que foi reagrupada em seis subcategorias: A Educação a Distância como ferramenta de conhecimento e desenvolvimento de habilidades; A Educação a Distância como canal de atualização; Alguns aspectos relativos à administração de tempo e otimização de recursos; Dificuldades e obstáculos no uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem; Diversidade de locais de acesso dos cursos e; O uso dos fóruns como local de troca de experiências. **RESULTADOS:** a opinião dos participantes sobre o uso do AVA nos programas educacionais foi favorável, por permitir flexibilidade de

tempo proporcionada pela tecnologia e a utilização de uma linguagem dialógica que contribui para a aprendizagem do indivíduo. Ademais, essa modalidade traz peculiaridades como disciplina, interatividade e compromisso. Infere-se que esta ferramenta é, portanto, eficaz para a capacitação em enfermagem. **Discussão:** A educação permanente como ferramenta de conhecimento e desenvolvimento de habilidades, permite uma estreita relação entre as habilidades desenvolvidas e o conhecimento, evidenciando a contribuição para o desenvolvimento profissional. Com a utilização da Educação a Distância na Educação Permanente dos profissionais de Enfermagem, o acesso a informações e a conteúdos relativos à área tem propiciado atualização dos profissionais que, na maioria das vezes, dispõem de pouco tempo, além de familiarizá-lo quanto ao uso do ambiente virtual como ferramenta de conhecimento. Entre os aspectos facilitadores apresentados pelos participantes, à flexibilidade espaço-temporal proporcionada pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem permite a liberdade de fazer seu próprio horário e estudar no local que, para ele, seja mais apropriado. Apesar dos participantes terem considerado a experiência valiosa, perceberam-se dificuldades e obstáculos com o uso da ferramenta. Dentre as dificuldades foi citado o desconhecimento de utilização dos fóruns, a pouca habilidade de uso do computador e a escassez de tempo para desenvolver as atividades, entre outros. A facilidade proporcionada pelas ferramentas do Ambiente Virtual de Aprendizagem permitiu aos participantes o acesso ao curso do local que melhor lhes fosse apropriado. Dentre as diversas ferramentas de comunicação utilizadas nos Ambientes Virtuais de Aprendizagem, destacam-se os fóruns, que permitem a interação e discussão entre os participantes sobre temas propostos ao grupo.

CONCLUSÃO: o uso do ensino a distância nos programas de educação permanente dos auxiliares e técnicos de enfermagem poderá representar um grande aliado, na medida em que o aprendiz domine o uso do computador e da ferramenta de ensino.

ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS EM MATO GROSSO DO SUL

Jacinta de Fátima Franco Pereria Machado, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Educação Continuada, Saúde da Família, Avaliação

APRESENTAÇÃO: A educação permanente foi idealizada como modalidade educativa para que continuasse a formação fora da escola. A partir de 1970, passou a ser sugerida como estratégia para a educação de adultos trabalhadores da área da saúde. Em 2004, configurou-se na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para desenvolvimento do SUS, e foi instituída por meio da Portaria GM/MS 1996. Nesse marco político-institucional, o município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, adotou a educação permanente para acompanhar mudanças estruturais no modelo de atenção e facilitar a implantação e o desenvolvimento do paradigma da Estratégia de Saúde da Família. Em 2011 o estado aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no intuito de introduzir a cultura da avaliação. Nesse contexto, o PMAQ iniciou seu primeiro ciclo de avaliação pesquisando estrutura, processo e satisfação do usuário no âmbito da Atenção Básica e disponibilizou os dados para os centros de estudo e pesquisa. Considerando que anteriormente ao PMAQ as ações de educação permanente nunca foram avaliadas, este estudo

teve por objetivo analisar a presença e especificidade das ações de educação permanente em interface às ações de planejamento do processo de trabalho e de apoio institucional, no cotidiano da atenção básica no estado de Mato Grosso do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo seccional, analítico por meio dos dados secundários oriundos do primeiro ciclo do PMAQ, com subdivisão entre capital e interior. Houve adesão voluntária de até 50% das equipes de Atenção Básica, totalizando 184 respondentes das equipes de saúde da família. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico com significância de 5% e a associação entre as variáveis capital e interior ao teste do qui-quadrado. A comparação entre as proporções de respostas capital / interior ao teste Z. Os demais dados foram relatados por meio de estatística descritiva. Da coletânea de dados disponibilizados pelo PMAQ, foram analisados aqueles referentes às ações de educação permanente desenvolvidas no formato de cursos presenciais, trocas de experiências, tutoria/preceptorial, Telessaúde, EAD/Unasus, Rede Universitária de Telemedicina e outras. Considerando a impossibilidade de conferir a coerência metodológica dessas ações, foram analisados os dados referentes às ações de planejamento e organização do processo de trabalho e ações de apoio institucional. **RESULTADOS:** Os resultados apontaram que 92,9% das equipes pesquisadas tiveram alguma experiência de educação permanente. Em ambos os locais, houve maior frequência dos cursos presenciais e trocas de experiências. As ações de tutoria e preceptorial foram menos frequentes em ambos os locais, sendo significativamente menos frequentes no interior do que na capital. No tocante às ações de Educação a Distância, foram mais frequentes aquelas do Programa Telessaúde, com menor utilização no interior do que na capital. Em ambos os

locais, não houve diferença sobre o modo de utilização do Telessaúde, predominando a teleconsultoria e segunda opinião formativa em detrimento do telediagnóstico. As ações EAD/Unasus tiveram distribuição equitativa na capital e no interior. Independente do local, a utilização da Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foi menos frequente, sendo quase nula no interior. A análise das ações de planejamento apontou que as reuniões de equipe aconteciam com periodicidade semanal na capital, e, quinzenal e mensal no interior. Nesse espaço de encontro, as equipes dedicavam mais tempo à organização do processo de trabalho, decrescendo para as atividades de monitoramento e análise de indicadores, especialmente no interior. Havia discussão de casos com maior frequência na capital, decrescendo em ambos os locais, na construção de Projeto Terapêutico Singular, qualificação clínica e apoio matricial, mais significativamente no interior. Na dinâmica de planejamento das equipes aparecem com frequência as atividades de levantamento de problemas, definição de prioridades e construção de plano de ação, e, menos frequentes a definição de resultados e metas, especialmente no interior. Os itens mais considerados pelas equipes no planejamento das ações foram informações locais, metas da atenção básica, indicadores e informações do Sistema de Informação de Atenção Básica, decrescendo para análise dos desafios levantados a partir da autoavaliação, parcerias e envolvimento com a comunidade, intersetorialidade e questões ambientais. No tocante às ações de apoio institucional, foi constatado que em geral, as equipes recebiam apoio de uma pessoa da secretaria municipal de saúde mais voltado à avaliação, monitoramento de indicadores e discussão do processo de trabalho, do que à autoavaliação e educação permanente. A participação do apoiador nas reuniões da equipe foi bem relatada em

ambos os locais, porém com menor atuação na análise compartilhada de progressos e resultados, oficinas com objetivo definido e apoio ao planejamento e organização da equipe. Foi relevante conferir a presença de ações educativas no cotidiano das equipes, embora não fosse possível conferir seu caráter metodológico. A predominância de cursos presenciais pressupõe ensino tradicional. O alto percentual de ações de troca de experiências contrasta com o baixo percentual de tutoria/preceptorial e pressupõe que tais ações tenham se desenvolvido com pouca mediação. Embora tenha sido positivo constatar uma dinâmica problematizadora no planejamento das equipes, boa parte das ações não culminou com definição de resultados e metas, especialmente no interior. O menor percentual de ações de qualificação clínica elaboradas no formato de projeto terapêutico singular planejamento e apoio a partir dos problemas apontados na autoavaliação da equipe e apoio à educação permanente, pressupõe predominância do caráter administrativo na gestão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que no âmbito da atenção básica, a interface da Educação Permanente e do Planejamento ocorre na problematização do processo de trabalho, quando as equipes realizam levantamento de problemas, elencam prioridades e estabelecem planos de ação. Entretanto, observam-se lacunas em aspectos importantes do planejamento, como os relacionados à definição de resultados e metas, a falta de envolvimento de outros setores, assim como a inexpressiva inserção das questões ambientais e participação da comunidade. Em relação às ações de gestão e apoio institucional em interface com a Educação Permanente, os resultados mostraram lacunas semelhantes às identificadas no planejamento, ou seja, a priorização de ações de ordem administrativa e menor

ênfase em ações de educação permanente e avaliação compartilhada de progressos e resultados, que representa a essência do Apoio Institucional. Ademais, a interface do apoio matricial e Educação Permanente apontou lacunas na qualificação clínica e construção de projeto terapêutico singular. Por fim, a lacuna mais importante acontece em função da falta de planejamento da educação permanente como uma questão estrutural, com uma finalidade de promover mudanças para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

ANÁLISE DA FORMAÇÃO DO GESTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: (RE)VISITANDO O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

Mateus Aparecido de Faria, Análise de Jesus da Silva

Palavras-chave: Identidade, Saúde Coletiva, Projeto Político Pedagógico, Gestão em Saúde

A criação e implantação de cursos de formação de profissionais a nível de graduação para atuarem no campo da Saúde Coletiva vem sendo discutida na última década. Nesse contexto está o Curso de Gestão de Serviços de Saúde (GSS) da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse trabalho buscou-se identificar e analisar os modos pedagógicos da formação do estudante de GSS em dois eixos: Teorias Pedagógicas e Identidade Epistemológica. Como percurso metodológico utilizou-se a abordagem qualitativa pelo método da pesquisa documental, cujo suporte foi o Projeto Pedagógico do referido Curso, em suas versões de 2013 e 2008, além de documentos auxiliares como mapas semestrais de oferta de disciplinas e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Administração e da área da Saúde. Sobre

o eixo Teorias Pedagógicas, foi encontrada a constituição pedagógica tripla de ordem teórica: construtivista, encabeçada por Jean Piaget (explicitamente) e de competências, baseadas principalmente em Perrenoud (implicitamente); sociointeracionismo de Vygostky e libertadora, idealizada por Paulo Freire. Tal configuração é um desafio para a implementação cotidiana do Projeto Político-Pedagógico (PPP), já que ações baseadas na Pedagogia das Competências vêm estratificando e individualizando os profissionais em formação, indo contra o aspecto solidário intraclasse freireano. Além disso, a transformação social necessária à Pedagogia da Libertação e para a qual esta trabalha não é possível em um cenário didático em que se induz à formatação de uma massa de profissionais para adaptar-se às constantes mudanças no mercado de trabalho contemporâneo. Ainda sobre as Teorias Pedagógicas que embasaram a criação e orientam a prática docente no curso de GSS, deve-se atentar para a educação das relações étnico-raciais, a qual é delegada a outros espaços da UFMG que não os do próprio curso sob o nome de Formação Livre. Tal dispositivo pode ser visto como negação de um dever social da Educação Superior e confirmação de mecanismos de discriminação em instituições sociais, como a Universidade. Os resultados do eixo Identidade Epistemológica foram agrupados em três dimensões, a saber: GSS como pertencente à Área da Administração, GSS como pertencente à Área da Saúde Coletiva e GSS como pertencente à Área Multidisciplinar. No que se refere o curso de GSS como pertencente à Área da Administração, foram encontradas algumas pistas no Projeto Político-Pedagógico que indicam essa perspectiva como ligação histórica entre os cursos denominados de gestão – Gestão Hospitalar, Gestão Ambiental e Gestão Pública como exemplos, e o campo da Administração; a predominância do campo

da Administração na oferta de disciplinas elencadas no Curso e o rol de competências genéricas semelhantes às esperadas de um egresso da graduação em Administração. Porém, entre as edições de 2008 e 2013 do PPP foi percebida a diminuição do alcance dos saberes da Administração, uma vez que o número de disciplinas dessa área foi diminuindo ao longo de tempo e o Conselho Regional de Administração recusou o registro dos egressos de GSS em seu sistema. Já a dimensão GSS como pertencente à Área da Saúde Coletiva tem como principais argumentos a corroboração científica sobre a natureza sanitária do Curso em questão. Diversos estudos e processos sociais envolvendo a Saúde Coletiva a nível de graduação vêm considerando GSS como parte dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC). No PPP, versão 2008, também havia citação da semelhança entre GSS e outros cursos que, atualmente, são CGSC como os ofertados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Tal citação foi retirada da versão de 2013, indicando uma ruptura com o movimento nacional. Outro ponto de destaque é a afirmação recorrente que o curso de GSS forma profissionais de saúde que têm como o sistema de saúde e as necessidades sociais em saúde seu principal foco de atuação. Tal objetivo é semelhante com os demais CGSC, corroborado por pesquisas que estudaram o PPP, discentes, docentes e coordenadores desses cursos. A última dimensão, GSS como pertencente à Área Multidisciplinar, não considera essa nova graduação nem pertencente à Área da Administração, uma vez que fazer a gestão do campo da saúde requer mais que os instrumentos e conhecimentos administrativos, nem à Área da Saúde Coletiva, por considerar que o bacharel nessa área tem atuação restrita ao subsistema público de saúde e não conjuga todas as competências

necessárias para atender a necessidade de gestão da saúde no país. A perspectiva adotada nessa dimensão é o pioneirismo, onde o movimento é criar um novo espaço entre as áreas de conhecimento que abarca essas duas experiências de graduação em saúde. Entendendo que Administração não comporta todos os conhecimentos necessários para formação desejada e que a Saúde Coletiva possui outros objetivos que não, estritamente, a gestão dos serviços de saúde, o curso de GSS vem como vanguardista de seu campo de atuação no sistema de saúde nacional. Compreende-se que toda teoria é baseada em uma prática que, sendo teorizada, influencia outras práticas. No PPP não é diferente: considerado um guia para a formação profissional de trabalhadores e trabalhadoras, seu conteúdo deve convergir para a transformação social. Ao tentar, neste trabalho, responder quais teorias embasam a prática formativa no Curso de GSS e qual sua identidade epistemológica, presentes no PPP, que objetiva formar profissionais críticos para atuarem no SUS, pretendeu-se, também, interpretar uma construção materializada no passado, que influencia o presente e delimita o futuro. No primeiro eixo analisado, o cenário teórico-metodológico encontrado no objeto de estudo reúne quatro tendências pedagógicas explícitas e implícitas: renovada progressivista; histórico-crítica; transformadora e tecnicista. A partir disso, alguns questionamentos são levantados: como é possível conviverem de forma interdisciplinar tendo objetivos tão diferentes? Uma prevalecem sobre as outras? São consideradas parcialmente? São anuladas no cotidiano formativo? Já no eixo Identidade Epistemológica, a constituição de três grupos cujas opiniões divergem entre si pode gerar tanto o desmantelamento como a união da comunidade que sustenta o Curso - o que vai ditar essa história será o modo como serão conduzidas as discussões sobre o assunto. Isso se faz mais necessário quando se encara a perspectiva

interdisciplinar de GSS. Sendo assim, todas as visões (baseadas em diferentes disciplinas) precisam ser reconhecidas como legítimas, sendo possível assim trocar experiências com a finalidade consensual do processo identitário. Esse estudo vem se agregar a outros sobre formação de profissionais na Área da Saúde Coletiva no nível de graduação, realizados desde a década de 1990, em uma perspectiva centrífuga, ou seja, de uma visão interna do Curso para o conjunto externo de atores que lutam pela consolidação desse profissional no SUS.

ANÁLISE DAS GLOSAS DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES E DEPOIS DE UMA CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS COM PELE E FERIDAS EM UMA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Thiago Pereira Kovalski, Nilva Lúcia Rech Stédile, Sandie Lauren Kahl Mueller, Regina Helena Medeiros, Anderson Kahl Beck

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Glosas, Educação permanente em saúde, Prescrição de enfermagem

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um setor hospitalar altamente especializado, que tem como função a vigilância contínua de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, os quais possuem condição de restabelecimento ou melhora na qualidade de vida. Porém necessitando de intervenções rápidas e precisas, que tem por objetivo oferecer suporte, monitorização hemodinâmica, metabólica, nutricional, ventilatória e reabilitação. Pacientes internados em UTI apresentam com frequência cuidados relacionados a feridas e a pele. Com o aumento de pacientes geriátricos na UTI aumentou, também, os riscos com lesão de pele e complicações na

cicatrização. Sabe-se que com os extremos de idade aumenta a propensão a déficits imunológicos e de cicatrização, retardando o processo de recuperação destas lesões. Além disso, por tratar-se de doenças crônicas associado a idade avançada permanecem mais tempo internados na UTI. Os idosos apresentam a média dos escores de Braden mais baixas e condições clínicas de maior gravidade, o que resultam em maiores riscos e aparecimento de lesões de pele, especialmente as Úlceras por Pressão (UPP). Para que os serviços de saúde sejam pagos pela prestação de cuidados é necessário que estes estejam prescritos de forma adequada e os procedimentos sejam registrados no prontuário do paciente, evitando-se não conformidades e grossas nas contas. Não conformidade é todo e qualquer erro ou inadequação ao processo de trabalho de enfermagem visto através de uma auditoria. Os cuidados de enfermagem que não são prescritos, checados e executados de forma adequada trazem prejuízo econômico ao serviço de saúde e déficit no cuidado, ou seja, eles geram glosas, serviços que não são pagos devido a uma inconsistência na administração do cuidado. Assim as inconformidades podem ser reduzidas com o desenvolvimento de um programa de educação continuada, supervisão e auditorias. **OBJETIVO:** Calcular com base nas glosas os custos provenientes da não checagem adequada dos cuidados prescritos com a pele e lesões e comparar a quantidade de glosas presentes antes e após uma capacitação aos funcionários de enfermagem na UTI. **METODOLÓGICO:** Trata-se de um estudo descritivo transversal. A obtenção dos dados deu-se através da análise de prontuários dos pacientes antes e depois de um treinamento sobre o tema, em uma UTI de um hospital escola com capacidade para 10 leitos, localizado no interior do Rio Grande do Sul, entre os meses de setembro e outubro de 2013. A

pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição com o protocolo nº 38/2013 em 12 de setembro de 2013 e todos os preceitos éticos previstos na Lei 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram observados, preservando a identidade dos participantes, a confidencialidade dos dados, bem como a utilização das informações para aprimoramento dos serviços, fins acadêmicos e pesquisa. Foram avaliados os pacientes com risco para UPP e as respectivas prescrições e cuidados de enfermagem em relação a curativos, bem como a checagem dos mesmos nos prontuários dos pacientes e os registros destes. Foram incluídos todos os pacientes internados na UTI no período outubro e novembro de 2013 com lesões de pele e risco para UPP. A UTI onde se realizou o estudo possui processo e enfermagem e protocolo de cuidados com Prevenção de Úlcera Por Pressão (PUPP) como: creme de barreira, películas transparentes, material e curativo hidrocolóide de prevenção e tratamento, como também produtos e curativos especiais para o tratamento de feridas, entre eles: hidrofibra, carvão ativado, alginato de cálcio, hidrogéis e óleos graxos essenciais. Utilizaram-se as seguintes variáveis: motivo de internação, doenças de base, tempo de internação dos pacientes, taxa de ocupação do setor, tipos de cuidados com a integridade da pele, cuidados de enfermagem para manutenção das feridas e coberturas e as ocorrências de cuidados que não foram executados e checados. Após a coleta dos dados foi realizado uma capacitação sobre normas de registros e cuidados de enfermagem relacionados à feridas e pele para todos os turnos da UTI, envolvendo 18 (dezoito) técnicos de enfermagem e 5 (cinco) enfermeiros da UTI, com base nos protocolos de cuidados da própria instituição. Para a organização dos dados utilizou-se frequência e percentual. Este processo ocorreu por um período de 15 dias. Após a coleta dos

dados, os mesmos foram classificados e divididos por categorias, das quais geraram melhor representação e análise da caracterização da unidade e dos cuidados de enfermagem, relacionados diretamente com a prescrição de curativos. **RESULTADOS:** Com os resultados fez-se necessário uma intervenção aliada à educação continuada da instituição, capacitando os profissionais de enfermagem da unidade em todos os turnos de trabalho. Quanto à realização adequada das prescrições de enfermagem e a importância de cuidados, processo gerencial, econômico e financeiro. Após esta intervenção foi realizado um novo processo de coleta de dados, assemelhando-se ao descrito anteriormente, todavia com a redução no tempo, de 15 dias para 6 dias, contudo com projeção nos custos de ambos para 30 dias. Os motivos mais frequentes para internação foram: pós-operatório imediato de grande porte, sendo a cirurgia cardíaca (24%) e de trato gastrointestinal (19%), seguindo pelas alterações de nível respiratório com necessidade de ventilação mecânica (19%). A média de idade dos pacientes foi de 59 anos. O tempo médio de internação foi de 19 dias e 14 horas, com uma taxa de ocupação na UTI de 92% dos leitos. As prescrições de enfermagem específicas para curativo realizados antes da capacitação com prescrição e checagem adequada foi de 70% e as prescrições de forma inadequada correspondem à taxa de 30%. Após a capacitação, as prescrições com checagem adequada foi de 91%. A prescrição inadequada antes da capacitação relacionada à PUPP foi de 26% e após a intervenção esta taxa deu-se em 16%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados mostram que a educação continuada em uma UTI pode reduzir o índice de não conformidade de 30,94% para 9,33%. Esta pesquisa demonstra que a maior prevalência de não conformidades se dá na ausência ou incoerência da prescrição de enfermagem,

no quesito curativos em uma UTI adulto. Quanto aos custos pode gerar uma redução de até 78,225%. Investir em capacitações e supervisão continua dos gastos é uma forma de manter a qualidade do cuidado e o programa de coberturas tecnológicas nos serviços.

AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS GOVERNOS LULA: UM OLHAR PARA O PROCESSO POLÍTICO

Manuelle Maria Marques Matias, Ruben Araújo de Mattos

Palavras-chave: políticas, educação permanente, sistema único de saúde

Este trabalho parte do reconhecimento de que existiram duas políticas de educação permanente em saúde durante os governos Lula, as quais estão ratificadas em dois documentos diferentes: o primeiro através da Portaria nº 198/GM/MS, de fevereiro de 2004 e o segundo através da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. E, ainda que em torno dessas políticas referidas estabeleceu-se a “formação” de dois grupos com características peculiares e práticas divergentes. Nesse sentido pretendemos pôr em questão tais reconhecimentos e apresentar uma narrativa sobre o processo político que supostamente teria dado origem a duas políticas de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula. Através de análise dos documentos das políticas, procuraremos buscar os indícios e conexões que se colocam na formação de dois grupos em torno do tema da EPS. Para tanto não desprezaremos os documentos formais já referidos bem como outras produções textuais do período que tenham servido para dar materialidade ou sustentação teórica às duas políticas colocadas, sendo

necessário que também façamos análise desses materiais. Essa análise, contudo, terá o intuito de percorrer “indiciariamente” tais documentos afim de “procurar pistas” que possam auxiliar na compreensão dos processos que os constituíram uma vez que consideramos que “os textos são produtos de acordos em vários estágios, frutos de múltiplas influências e agendas” (BALL, 2006). Seguindo os passos de Ginsburg (1989) que construiria o paradigma de um “saber indiciário” colocamo-nos, sem a pretensão de negar a complexidade das questões que se colocam, à procura de pistas ou pequenos indícios nos textos que funcionem como pequenas peças de um quebra-cabeça prestes a ser montado. Assim, em pleno acordo com o autor, procuraremos desnudar os entendimentos que subjazem às escritas de tais produções textuais oficiais e não oficiais. Concretamente falando tratar-se-ia de tentar identificar os conceitos, argumentos ou concepções presentes nos textos de cada um dos grupos referidos e seus esforços estratégicos de afirmação de si e demarcação de diferenças para outrem. Dessa forma é importante não apenas o cotejamento comparativo entre os dois grupos, mas também as formas como cada grupo dispõe sua própria identidade. Também analisaremos o processo político que deu origem às duas políticas. Nesse intuito buscaremos compreender as trajetórias e entendimentos das atrizes e atores que vivenciaram tal processo político. Para tanto propomos ainda a realização de entrevistas com as pessoas que ocupavam os seguintes cargos nos dois períodos que refletem um marco temporal das duas políticas em torno da Educação Permanente em Saúde (2003 a junho de 2005 e junho de 2005 a 2010): Secretário(a) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES); Coordenação-Geral de

Ações Estratégicas em Educação na Saúde; Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde; Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Dessa forma estimamos a realização de 12 entrevistas. Para a coleta dessas informações será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões abertas que terão o papel central de trazer à tona as trajetórias de engajamento dos sujeitos com a temática em torno da EPS. Tal roteiro terá o intuito de ajudar o entrevistador a conduzir a entrevista, embora, este seja apenas uma ferramenta secundária, tendo em vista que a ideia de entrevista aberta não se prende a nenhum esquema fechado e estável. Os sujeitos da pesquisa serão localizados por informantes-chave da pesquisadora e previamente contatados por telefone ou através de correio eletrônico a fim de marcarmos melhor dia, horário e local para a realização da entrevista, caso desejem participar do estudo. Na ocasião será apresentado e entregue a cada um dos sujeitos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito do estudo e outra será arquivada pela pesquisadora, a qual os participantes assinarão no momento em que será apresentado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representará a colaboração deste para a sociedade. Tal procedimento será realizado a fim de garantir a liberdade dos sujeitos para participarem ou não da pesquisa, a possibilidade de se afastar da investigação no momento em que desejarem sem que isto lhe traga prejuízo. Por se tratarem de pessoas que exerceram função pública na ocupação de cargos da gestão federal ou que participaram de espaços públicos trabalharemos com a possibilidade do não anonimato, a depender da autorização do sujeito. Nosso intuito é o de percorrer as

trajetórias desses sujeitos através de seus relatos a fim de tentar compor uma narrativa crítica acerca dos processos e trazer à tona os embates, tensões, contradições, vivenciados àquela ocasião e que em grande medida foram responsáveis por inúmeros desfechos no campo da formação. Sendo um trabalho de análise de políticas, o presente trabalho poderá contribuir para ofertar narrativas interessantes que podem ajudar a compreender o processo político que subjaz a formulação de uma política pública, podendo contribuir para os diversos atores envolvidos. A compreensão do processo político em torno das políticas de educação permanente em saúde por sua vez é importante porque pode trazer reflexões importantes sobre os desdobramentos das políticas no campo da formação. A narrativa crítica que queremos compor é diferente das narrativas dos sujeitos e parte de outro ponto de observação, não neutro e reconhecidamente implicado com o processo, mas que por outro lado mantém forte compromisso com a busca incessante da objetividade já referida anteriormente. Temos em conta os desafios que se põem nesse sentido, uma vez que não consideramos possível uma redescritção exata dos acontecimentos de outrora. O próprio ato de ser entrevistado provoca reflexão através da reconstrução de fatos e memórias pelos sujeitos, que criam por vezes outras análises e leituras diferentes das que faziam quando do momento vivenciado. Por outro lado, aceitamos o desafio que está posto e tomamos o protagonismo na reconstrução desses fatos e na composição de outra história a partir das diferentes histórias. Não temos, contudo, a pretensão de chegar à verdade ou de construir a melhor narrativa, mas se há alguma certeza que nos move é a de que o caminho a ser trilhado indubitavelmente será único.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CÉREBRO NO IMAGINÁRIO DA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SAÚDE E VIDA

Anderson dos Santos Machado

Palavras-chave: cérebro, imaginário social, representações, retórica

Este resumo descreve a força da retórica gerada pelas capas da revista *Mente e Cérebro*. A intenção é buscar identificar representações sociais do cérebro recorrentes no gênero que trabalham com a divulgação científica. A partir desse estudo de caso procurou-se descrever como o cérebro é apresentado na articulação simbólica que denominamos simbiose imagem/palavra no sentido de identificar as estratégias de convencimento a partir dos elementos simbólicos presentes nesta articulação. A proposta não é buscar o valor da verdade discursiva, mas os sentidos que emergem dessas capas e como elas produzem representações que nos convencem a determinados modos de conduzir a vida e o viver. Procurou-se avaliar como o cérebro é representado para a sociedade e se ele se configura, no periódico, não apenas como um órgão do corpo, mas também como núcleo central do sujeito humano, comandando suas emoções e controlando as formas de cuidado e vida, podendo ser medicalizado e condicionado para maximizar a vida biológica. Pretendeu-se com esta análise, contribuir para o debate sobre o papel relevante das Biociências no imaginário social como dispositivo de produção de verdades sobre a saúde, o adoecimento e na normatização da vida e do viver na sociedade contemporânea.

AS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DIANTE DO CUIDADO DE PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Luiza Smeha de Matos, Maria Evanir Vicente Ferreira, Raieli Ciscato Bressan, Luciane Najar Smeha, Karine Cáceres Machado

Palavras-chave: Saúde Mental, Enfermagem, Cuidado de enfermagem

INTRODUÇÃO: A Reforma psiquiátrica teve seu início entre os anos de 1978 e 1980 e com ela vieram mudanças com relação ao atendimento, os conceitos de doença mental e a maneira de lidar com ela, modificando a prática em saúde mental nos diferentes níveis de assistência. A Reforma desenvolve uma nova maneira de pensar e agir em saúde mental criando meios de inserir os pacientes de longa permanência de instituições psiquiátricas na sociedade e preservar sua cidadania, na medida do possível, pois muitos pacientes crônicos ainda dependem das instituições psiquiátricas. Com estas mudanças passa a ser necessário que o enfermeiro, enquanto cuidador, exerça o cuidado de maneira a garantir o atendimento integral do indivíduo em sofrimento psíquico grave. Para prestar esse tipo de cuidado é preciso que a enfermagem possa abandonar preconceitos, rótulos e estigmas vinculados a esses indivíduos, valorizando a subjetividade, singularidade e complexidade do ser humano. A partir daí é possível realizar o atendimento que o paciente necessita, com cuidado humanizado e olhar ampliado, visualizando mais do que a patologia. Diante disso é importante refletir sobre a realidade dos profissionais de enfermagem. Eles estão capacitados para atender pacientes em sofrimento psíquico grave? O Enfermeiro está conseguindo se adaptar a estas mudanças? Está apto para realizar um atendimento que envolva

cuidar além do corpo físico? Baseando-se no exposto acima se questiona: como o enfermeiro vivencia o cuidado de pacientes em sofrimento psíquico grave nos diferentes níveis de assistência de saúde? Com o pressuposto de elucidar o presente questionamento, objetivou-se conhecer as vivências da enfermagem diante do cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico grave, nos diferentes níveis de assistência de saúde. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, realizado entre junho de 2012 e maio de 2013. Participaram 11 enfermeiras que atuam nos contextos de cuidado de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas a partir das seguintes questões norteadoras: “Fale sobre a sua experiência acadêmica no campo da saúde mental (disciplinas/ estágios)”. “Como você compreende o papel da enfermagem na saúde mental?” “Relate seus sentimentos, as suas vivências profissionais e intervenções em situações que envolvam pacientes em sofrimento psíquico grave.” “Sabe reconhecer sinais ou sintomas de sofrimento psíquico em pacientes internados na unidade em que você trabalha?” Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de Minayo. Eles foram organizados em quatro categorias: 1) os sentimentos dos enfermeiros no atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico grave; 2) a construção do conhecimento na área da saúde mental; 3) os desafios no cuidado em saúde mental e 4) a importância do enfermeiro na saúde mental. O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 149.297. **RESULTADOS:** Na análise dos dados aparece que a equipe de saúde possui sentimentos de ansiedade, medo e insegurança diante dos pacientes em sofrimento psíquico grave, principalmente pelo risco de agressão e

fuga. Alguns profissionais se recusam a lidar com estas situações, muitas vezes, por falta de conhecimento no manejo ou por experiências ruins vividas durante o exercício profissional ou no estágio acadêmico. Os participantes deste estudo revelaram que o conhecimento adquirido por meio da graduação foi restrito e superficial, além do que a maioria relatou que as práticas acadêmicas se limitaram a unidades psiquiátricas, sem nenhuma relação com os demais serviços que a rede de atenção em saúde mental disponibiliza. É possível constatar, como uma dificuldade vivenciada pelos enfermeiros, que há um despreparo das equipes de saúde no manejo com pacientes em sofrimento psíquico grave. Percebe-se que os discursos se encontram ainda muito voltados para o atendimento pré-reforma psiquiátrica baseado em medicalização e contenção instantâneos. Em algumas das falas as próprias enfermeiras propõem a educação continuada e a capacitação como forma de apoio para enfrentar este desafio. A maioria dos enfermeiros diz compreender a relevância do papel do enfermeiro em saúde mental, sendo que uma delas revela que, além do trabalho do enfermeiro, a equipe multiprofissional é de fundamental importância para o cuidado. A Enfermeira da unidade de internação, com pós-graduação em saúde mental, revela a importância do enfermeiro no manejo do paciente que muitas vezes influencia na resposta do paciente ao cuidado recebido e ressalta também sobre a importância do conhecimento na área. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo permitiu a reflexão sobre as vivências dos enfermeiros quanto à construção do conhecimento, realização do atendimento e saúde psíquica dos trabalhadores em saúde mental. A construção do conhecimento na área ainda encontra-se defasada na maioria dos cursos técnicos e de graduação e isto leva a um despreparo dos profissionais de saúde no

momento do atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico grave, que acaba realizando procedimentos desnecessários e encaminhamentos incorretos. O despreparo, além do estigma referente ao paciente psiquiátrico, leva a sentimentos de medo, angústia e ansiedade dos profissionais no momento do atendimento, o que provoca sofrimento em todos os envolvidos. Quanto às vivências dos enfermeiros na área e nos diferentes níveis de assistência, não foi possível constatar diferenças relevantes. Este fato não ocorre quando comparadas às falas das enfermeiras com experiência na área da saúde mental com a fala das demais. Assim, é perceptível a questão da subjetividade do indivíduo, da humanização do cuidado e do atendimento eficaz aos pacientes em sofrimento psíquico grave. Como desafios foi possível constatar a deficiência na construção do conhecimento, o despreparo para o atendimento, o trabalho mecanizado e dificuldades na saúde mental dos trabalhadores da unidade psiquiátrica. O despreparo para o atendimento foi evidenciado por meio de práticas na enfermagem ainda voltadas para a contenção física e química, para medicalização e internação, sem utilizar uma conexão com a rede de saúde mental do município. Cabe ressaltar que atualmente o atendimento aos indivíduos em saúde mental não se restringe apenas às unidades psiquiátricas e Centros de Atenção Psicossocial, mas, sim, a todos os setores e serviços de saúde. Com isso, o enfermeiro precisa estar preparado e seguro das suas ações para realizar o atendimento integral. Com vistas no olhar ampliado, a escuta atenta e a compreensão do indivíduo como um todo, que muitas vezes busca, nos profissionais da saúde, muito mais do que sua saúde física.

ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: IDENTIFICANDO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE A INSERÇÃO DE CONTEÚDOS

Maíra Cássia Borges de Oliveira, Daiana Kloh, Carine Vendruscolo

Palavras-chave: Formação em Saúde, Violência doméstica, Integralidade em saúde

Apresentação: Hegemonicamente, os processos de formação na área da saúde, por estarem fundamentados em modelo disciplinar centrado no conceito biomédico de saúde, remetem aos discentes e docentes pensarem na doença em sua dimensão biológica, tendo o cuidado fundamentado em medidas terapêuticas aplicáveis na patologia em questão. Esse tipo de formação reduz as outras dimensões do processo de conhecimento, as quais permitem configurar o exercício profissional como uma prática mediada por visões de mundo, intencionalidade e contradições. A abordagem da integralidade do cuidado na formação em saúde exige uma compreensão do ensino como um processo construído por docentes, discentes, profissionais de serviço e a comunidade, que se movimentam e atuam como sujeitos. Na condição de protagonistas, estes determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social, e definem as estratégias que sustentam o modelo de ensino. O currículo das universidades brasileiras tem demonstrado inadequações em seu conteúdo e práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvem a pluralidade das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui a temática sobre a violência. A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito

ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar, por qualquer um que mantenha uma relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. A maior parte dos casos de violência acontece em casa, afetando, sobretudo mulheres, crianças e idosos. Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida, sendo que o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum. Objetivo: Identificar nos Planos Político-Pedagógicos (PPP) das Universidades Federais de Santa Catarina a inserção de conteúdo sobre violência como forma de instrumentalização dos profissionais da área da saúde. Os cursos elencados para a investigação foram os de Enfermagem e Medicina, sendo estes os profissionais que mais entram em contato com vítimas de violência. O Projeto Político-Pedagógico (PPP) tem sido objeto de estudos e debates entre os educadores. Sua finalidade é definir estratégias pedagógicas, tendo como previsão o que se deseja transformar, tanto no que se refere à concepções teóricas ou práticas, voltando-se para a operacionalização das metas da escola, para que os alunos possam ser preparados para o mundo em que vivem, interpretando e pensando a realidade como um todo, capazes de criticar e desenvolver expectativas e projetos em relação à sociedade. A partir dessas considerações surgem as inquietações sobre os motivos pelos quais é insuficientemente abordado o tema violência doméstica, no âmbito de alguns cursos da área da saúde, sendo essas as profissões que mais atuam em situações de violência no processo laboral. Acredita-se que a formação integral de profissionais da área da saúde compreende saberes, habilidades e competências específicas

frente às situações que envolvam vítimas de violência doméstica. Metodologia: Este estudo consiste em uma pesquisa documental, de natureza qualitativa, visando analisar como a formação acadêmica em enfermagem e medicina está preparando os acadêmicos para atuarem em situações de violência doméstica. A fonte de informações são os PPP das Universidades Federais de Santa Catarina, quais sejam Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal da Fronteira Sul. Foi escolhido este estado devido ao número de Universidades Federais existentes, com os cursos de graduação da área da saúde que foram pesquisados. Os critérios de inclusão das universidades são os seguintes: a) ser universidade federal do estado; b) ter pelo menos um dos dois cursos a serem pesquisados a partir dos PPP. Os PPP foram pesquisados online, nos sites das universidades, verificando se estão dispostos de forma integral. O instrumento utilizado para a pesquisa foi o PPP vigente e mais atual dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina das Instituições de Ensino Superior (IES) selecionadas. Resultados e Discussão: Ao analisar o perfil das escolas e relacionar os conteúdos ministrados com a temática de violência doméstica, percebe-se o quanto as mesmas devem ser voltadas para a realidade atual da sociedade. Soma-se ao exposto que as disciplinas que trabalham a temática violência abordam timidamente o que é a violência, quais suas causas, os tipos de violência que são sofridas, seus sinais e sintomas, atitude dos profissionais a serem tomadas frente a situações que abordam esta temática, as redes de atendimento existentes, como denunciar as ocorrências e as leis que amparam as vítimas. Nesse contexto é de suma importância que durante a graduação de enfermeiros e médicos os acadêmicos estejam cientes sobre as políticas públicas existentes com conhecimento sobre as leis

que regulamentam estes atendimentos e identifiquem o papel destes profissionais da área da saúde no atendimento das vítimas. Considerações Finais: Espera-se com este trabalho resgatar a importância desse tema e sensibilizar uma readequação do ensino na graduação em enfermagem e medicina, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para agir de maneira apropriada, qualificada em momentos críticos e situações difíceis, com equilíbrio para tomar decisões, objetivando um atendimento integral e a redução de mortalidade da população. Além disso espera-se uma maior adequação nos PPP que levem em consideração a inclusão de um novo cenário a nossa realidade: o crescente número de casos de violência e a grande demanda por serviços de saúde, que nos últimos anos só aumentou.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Marcia Cancado Figueiredo, Veridiana Germano Ecke, Francesca Moro Leonard, Kethlen Pinzon, Taiane Furtado, Andressa Haas

Palavras-chave: Paciente com deficiência, saúde bucal, cirurgião-dentista

APRESENTAÇÃO: Segundo dados da OMS, 10% da população mundial é constituída por pessoas com deficiência seja esta, mental, física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação (HADDAD, 2007). Deste modo, o cirurgião-dentista deve saber realizar uma anamnese minuciosa a fim de detectar possíveis alterações e assim, proporcionar um atendimento odontológico integral,

seguro e individualizado na abordagem e plano de tratamento com características peculiares, ainda que a moléstia de base seja a mesma. Atualmente, no Brasil, o número de especialistas para o atendimento odontológico a essa população é pequeno, muitas vezes, limita-se a instituições, onde o cirurgião-dentista, em raros casos, integra uma equipe multidisciplinar e desempenha importante papel na manutenção e melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Atentos a essa falta de capacitação profissional e grupos de estudo que discutam métodos facilitadores de prevenção e tratamento odontológico voltados para esses pacientes e, diante da escassez de programas odontológicos voltado para pessoas com deficiência, foi instituído em 2005 esta atividade de extensão, perfazendo 10 anos de existência. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO** Este programa de extensão interdisciplinar visa formar e capacitar acadêmicos de odontologia no atendimento odontológico a pacientes com deficiência, com o objetivo de oferecer uma melhora na qualidade de vida destes pacientes. Com vista nas peculiaridades do atendimento a pacientes com deficiência que vai desde o manejo ao tratamento, além da integralidade, também é nosso objetivo fazer com que os acadêmicos se sintam melhor preparados para lidar com situações referentes à saúde bucal e comportamento dessa população. Nesse contexto, ao longo dos dez anos, os atendimentos, além de serem a pacientes que vêm por livre demanda, são estendidos também àqueles oriundos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre e da grande Porto Alegre, devido ao convênio entre Faculdade de Odontologia da UFRGS e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

(Centro de Especialidade Odontológica CEO/UFRGS). Os acadêmicos como forma de contribuir com todo esse processo de transformação e auxiliar no planejamento de ações em saúde para uma melhor qualidade deste programa de extensão, aprendem e descrevem as condições de saúde desta população de deficientes, investigam os fatores determinantes das situações de saúde dos mesmos e, avaliam o impacto das ações de saúde instituídas, proporcionando, através de seus resultados, a possibilidade de contribuir para uma melhor resolubilidade no âmbito da qualidade de vida dos mesmos. **RESULTADOS:** É um desafio trabalhar com a promoção da saúde no setor público, especialmente com pacientes deficientes, é prejudicado por fatores como situação socioeconômica baixa, necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal. Estes fatores justificam a forte relação entre o baixo nível de escolaridade (50,7% têm 1º grau incompleto), renda familiar (41% vivem com 2 salários mínimos) dos responsáveis pelos nossos pacientes e as suas péssimas condições de saúde bucal. O que se trabalha com os acadêmicos nesta referida extensão é que, para atender de forma adequada os pacientes com deficiência, é necessário observar o todo, perceber o paciente integralmente, conhecer as reações orgânicas, avaliar as complicações advindas da evolução de cada síndrome e/ou alteração sistêmica, atentar para interações medicamentosas, de forma que a atuação do cirurgião-dentista

propicie a esse sujeito saúde e função do sistema estomatognático. O Retardo de Desenvolvimento: Neuro-Psico-Motor (DNPM) foi o mais prevalente no diagnóstico de nossos pacientes (40,4%) e fatores como idade, grau de deficiência mental e um padrão ruim de higiene bucal, a má oclusão, a alta incidência de cáries e doença periodontal foi alta nestes pacientes. Além desta alteração de normalidade, pôde-se observar muitas outras, como Síndrome de West, Síndrome de Smith Lemli Optiz, Hiperatividade, Esquizofrenia e SIDA que não foram citadas no presente estudo por não terem tido uma frequência significativa na população avaliada. O fato de um paciente ser portador de determinada deficiência, não exclui a possibilidade de apresentar alguma outra característica. As diferentes necessidades foram computadas separadamente, podendo um paciente pertencer a mais de um grupo. Entre as associações decidiu-se trabalhar apenas com Síndrome de Down e Cardiopatias, além de Retardo de DNPM e Epilepsia pela frequência em que aparecem na amostra estudada. Na análise dos medicamentos utilizados por esse grupo de pacientes, pôde-se verificar a maior prevalência do uso de anticonvulsivantes, seguidos de Antipsicóticos, Tranquilizantes e Antidepressivos. Outros fármacos como Anti-hipertensivos e Anticolinérgicos são utilizados em menor escala. Essas condições podem e devem ser prevenidas com precoce atendimento a todos os deficientes, principalmente com a participação ativa dos cuidadores no processo de introdução aos cuidados de higiene bucal e análise do tipo de alimentação devida, associados ao tratamento ambulatorial realizada nesta ação de extensão. Infelizmente, há uma carência muito grande de ações

odontológicas voltadas para a pessoa com deficiência. Um dos fatores que mais contribuem para esta atenção excludente é a pouca formação de recursos humanos para atendê-los. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Brasil é o campeão mundial em número de dentistas, 219.575 mil registrados nos Conselhos Regionais, sendo 401 com especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e destes, apenas 22 atuando no Rio Grande do Sul. Deste modo, é evidente a necessidade de que se continue formando e capacitando acadêmicos de qualidade na área de odontologia para o atendimento ao deficiente com foco nas iniciativas de prevenção e promoção de saúde e que aborde também as questões clínicas dos mesmos.

ATIVIDADE EDUCATIVA: UM INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nathalie Oliveira Goncalves, Rose Manuela Santos, Luisa Kecyane Cardoso

Palavras-chave: Saúde da família, Educação em Saúde, Hipertensão

INTRODUÇÃO: Uma definição de promoção da saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias que envolvem o campo de conhecimento teórico e também o campo das práticas transversais, com ações direcionadas a níveis de atenção à saúde. Com isso, pode-se destacar que a abordagem do profissional de saúde deve abrir espaços para que o usuário possa ter co-participação no seu tratamento, evitando que a atenção à saúde seja meramente curativa e tecnicista. Dessa forma as Diretrizes da Educação para a saúde foram definidas, pelo Ministério da Saúde, em 1980, como atividades planejadas que tinham como objetivo criar condições para produzir transformação de

comportamento. Diante disso, o objetivo do estudo foi conhecer as atividades educativas realizadas pelos profissionais do programa Hiperdia a fim de alcançar uma sensibilização sobre o estilo de vida dos indivíduos com Hipertensão Arterial. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde os entrevistados se expressam livremente sobre o tema. A pesquisa foi realizada em uma UBS do município de Jequié-BA. Utilizamos como critérios de inclusão a UBS, que tinha um expressivo número de hipertensos cadastrados e funcionava o Programa HiperDia, as entrevistas foram realizadas com 15 indivíduos hipertensos com idade superior a 18 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 012/2009. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) onde inicialmente foi realizada à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante dos depoimentos para a constituição do corpus da pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Neste estudo foi definido uma categoria onde abordou a questão das atividades educativas na Unidade e duas subcategorias, os que nunca participaram e os que já participaram. **CATEGORIA 1:** Atividades educativas na Unidade Subcategoria 1.1: Nunca participaram De acordo com as falas pode-se perceber a inexistência de atividades educativas na Unidade de Saúde em estudo. A pergunta abordava a existência de grupos ou palestras que abordavam a educação em saúde voltada para a Hipertensão Arterial. [...] Não. [...] Aqui. Aqui nunca teve não. [...] Aqui mesmo. Aqui mesmo não. [...] Nunca. [...] Não. [...] Não,

não, não. Eu nunca vim aqui pra palestra nenhuma. A implementação de ações de educação centrada nas necessidades do paciente é mais efetiva para a melhoria do conhecimento da hipertensão arterial que informações prestadas de rotina durante a consulta, e os pacientes atendidos no programa sentem falta de atividades nas quais indivíduos com problemas de saúde parecidos possam partilhar experiências e dúvidas. Subcategoria 1.2: Participaram Nos relatos apresentados pelos entrevistados, pode-se perceber que uma minoria responderam que já haviam participado de um grupo em que era trabalhado o tema. [...] Eu já participei já, a muitos anos passado, quando eu era atendido em outro Posto, que a doutora especialista, ela fazia reuniões e explicava muita coisa. [...] Já. Eles que me explicaram isso que eu tô te falando. Por ser a hipertensão arterial uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em particular, aquelas de educação em saúde, envolvem uma ótica ampla na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos. **CONCLUSÃO:** A realização da pesquisa foi de grande importância para elucidar quanto a inexistência de atividades coletivas voltadas para a sensibilização de indivíduos com hipertensão arterial, e o quanto os mesmos ficam carentes de informações. A educação em saúde é reconhecida pelo seu potencial para a redução de custos junto a diversos contextos da assistência, por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde. A educação do paciente é vista como questão importante para a adesão ao tratamento, no estabelecimento do autocuidado e no combate a morbimortalidades. Logo, a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da

saúde e, portanto, para que se obtenha melhores condições de vida. As experiências educativas com usuários portadores de hipertensão devem fazer referência à perspectiva de formação da consciência crítica sobre a saúde individual. **Palavras-chave:** Saúde da família; Educação em Saúde; Hipertensão.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NOS NÚCLEOS DE APOIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Beatriz Ferrari, Scheila Marcon, Adriana Cristina Hillesheim

Palavras-chave: NASF, Farmacêutico, Processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: Em 2008, com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e sua resolutividade, apoiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº154/GM de 2008. Esta foi de grande importância na consolidação da ESF, pois estabeleceu a constituição dos núcleos por equipes, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Conforme a Portaria da Atenção Básica nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o farmacêutico está entre profissionais que podem fazer parte do NASF. Por se tratar de uma proposta recente do Ministério da Saúde, tem-se a necessidade de conhecer como está a implantação do NASF nos municípios, bem como a presença e atuação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional e o desenvolvimento da interdisciplinaridade entre os profissionais. As diretrizes do NASF mostram claramente a importância do farmacêutico no NASF, mas para que os resultados esperados sejam realmente alcançados, esse profissional deve ter sua agenda de trabalho bem organizada

como é descrita nas diretrizes, para poder desempenhar seu trabalho. Portanto, este estudo foi de suma importância para identificar as potencialidades e dificuldades encontradas pelo profissional farmacêutico em seu cotidiano de trabalho e assim, avaliar se as diretrizes do NASF estão sendo contempladas na prática, tendo como objetivo descrever a atuação dos profissionais farmacêuticos que integram as equipes dos NASF dos municípios que fazem parte da área de abrangência da Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) Chapecó/SC. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Tratou-se de uma pesquisa quali/quantitativa com profissionais farmacêuticos que fazem parte das equipes do NASF e gestores dos nove municípios da área de abrangência da SDR Chapecó/SC. Os dados coletados, tanto dos farmacêuticos como dos gestores, ocorreram por meio de uma entrevista semi estruturada com auxílio de um roteiro e permitiram verificar a existência e a composição da(s) equipe(s) do NASF implantadas, traçar o perfil dos farmacêuticos pesquisados e conhecer o seu processo de trabalho no cotidiano. As entrevistas foram agendadas e realizadas no município de atuação dos mesmos, nos meses de outubro e novembro de 2014. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó sob o protocolo nº 205/14. **RESULTADOS:** Dos nove municípios que fazem parte da SDR Chapecó, seis possuem NASF, dois estavam em processo de implantação e um ainda não possuía, porém, o gestor relatou o interesse na adesão. Em relação aos profissionais que compõem o NASF, as legislações que regem e a própria diretriz do NASF abordam que cabe ao gestor verificar a demanda da comunidade e a partir disso escolher quais profissionais, que constam na legislação, devem fazer parte do NASF. Alguns gestores relatam que utilizaram profissionais que já faziam parte do quadro

de profissionais do município para compor o NASF, outros, levaram em conta a demanda do local para a escolha dos profissionais. Observou-se que todos os NASF possuem o profissional farmacêutico na equipe. Sendo esse um dado positivo, pois o farmacêutico é um profissional que recentemente vem sendo incorporado na Atenção Primária à Saúde. Quanto ao perfil dos profissionais farmacêuticos que compõem os NASF, houve uma predominância de profissionais com idade entre 30-40 anos sendo estes 55,6%, seguidos de 33,3% com a faixa etária entre 20-30 anos e 11,1% com idade acima de 50 anos. Em relação a experiências de trabalho anteriores ao NASF, apenas 22,2% dos farmacêuticos já possuíam experiências anteriores na atenção básica e 77,8% nunca haviam trabalhado na atenção básica. Entende-se com isso que a maioria dos profissionais não possuía experiência prática em saúde pública, supondo que apenas tiveram o conteúdo teórico na graduação. Porém, sabe-se que a grade curricular dos cursos da área da saúde, na maioria das vezes, é centrada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, dificultando muito o processo de trabalho desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), pois essa formação vai de encontro aos princípios do nosso sistema de saúde. Sobre a carga horária que esses profissionais têm destinada ao NASF, 55,6% possuem carga horária semanal de 40 horas, 44,4% possuem 20 horas semanais, desses, 22,2% citaram que possuem carga horária no papel, mas que não exercem atividades no NASF. Observou-se que 55,6% dos farmacêuticos trabalhavam efetivamente no NASF, com um período destinado à avaliação, planejamento e programação das ações. Os demais profissionais que somam 44,4% relataram que não possuem período destinado em suas agendas de trabalho para o NASF. O farmacêutico em muitos municípios trabalha na gestão da farmácia e

dispensação do medicamento o que lhe toma muito tempo, com isso o trabalho coletivo junto ao NASF e a ESF acaba sendo deixado de lado, não por descaso do farmacêutico, mas sim pelo acúmulo de outras funções. Há uma grande diversidade de profissionais nas equipes de saúde e também nas equipes de “apoio” o que facilitaria o processo da prática multiprofissional. Percebeu-se que alguns profissionais trabalham com a ideia de autonomia, procurando resolver os problemas individualmente, sem lembrar que o trabalho deve ocorrer de forma interdisciplinar, onde os diferentes conhecimentos e práticas estão voltados a um objetivo em comum. Medeiros e colaboradores (2011) descrevem que para obter êxito no processo da prática multiprofissional os profissionais devem compartilhar suas agendas e construir agendas integradas viabilizando uma melhor assistência aos usuários dos serviços e facilitando o vínculo necessário para a efetivação do trabalho multiprofissional. Durante as entrevistas os farmacêuticos relatam que sua equipe encontra dificuldades com a equipe da ESF, pois eles não estão preocupados em compartilhar os casos e sim repassá-los fazendo com que ocorra um acúmulo de atendimentos individuais. Relatam ainda que as equipes não estão preparadas para o atendimento compartilhado, ocorre muita resistência. Verificou-se que praticamente todos os profissionais farmacêuticos atuam em pelo menos um grupo, quer seja criado pela ESF ou pelos profissionais do NASF. Quanto a visita domiciliares 33,3% dos farmacêuticos disseram que realizam visitas domiciliares, 33,3% não realizam, 22,2% realizam quando solicitados pela ESF e 11,2% disseram que às vezes realizam. Quando questionado aos farmacêuticos sobre o conhecimento das diretrizes do NASF, 44,4% dos farmacêuticos responderam que conheciam e citaram de forma direta ou indiretamente sobre o

apoio técnico-pedagógico e assistencial, 44,4% falaram que conheciam, mas não citaram as diretrizes e 11,2% disseram que não sabiam direito, pois nunca mais haviam estudado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se perceber que o NASF possui muitas fragilidades, principalmente relacionadas à falta de planejamento em suas ações e à desarticulação com a ESF. Percebeu-se a falta de clareza sobre o papel do NASF na Atenção Básica, mas não só isso, o processo de trabalho do farmacêutico fica muito restrito à gestão da farmácia, que não deixa de ser uma das atividades que deve ser exercida segundo as diretrizes do NASF, mas a sua agenda de trabalho deve ser organizada para atender as demandas dos profissionais da Atenção Básica e também da população em que o profissional está inserido. O NASF tem muitas potencialidades a serem exploradas, mas para que isso aconteça os profissionais tanto da ESF e do NASF, como também a gestão deve ter clareza sobre o papel da equipe do NASF dentro da Unidade Básica de Saúde e no território em que estão inseridos.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES PORTADORAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA E MIELOPATIA ASSOCIADA AO HLTV-I (HAM/TSP)

Jucelia dos Santos Silva, Anna Alice Vidal Bravalhieri, Débora Zanutto Velasquez, Ana Beatriz Gomes de Souza Pegorare, Daniele Decanine

Palavras-chave: Função Sexual, Esclerose Múltipla, HTLV1, Sexo

A Esclerose Múltipla e a mielopatia associada ao HTLV são desordens neurológicas crônicas, que envolvem as vias na substância branca no cérebro e na medula. São doenças caracterizadas por um ataque autoimune à mielina causando desmielinização do

nervo afetado. Embora haja preservação do axônio, esta desmielinização geralmente resulta na diminuição da condução pelo nervo. Sendo caracterizada por exacerbações e remissões (KURTZKE, BEEBE E DAGLER, 1972). As causas da EM são desconhecidas, mas supõe-se que seja associada a infecção viral ou outro antígeno desconhecido que desencadeie o processo autoimune. Segundo Gustavo Neto et al., 2002, os distúrbios da marcha, a fraqueza, o enrijecimento dos membros inferiores e o comprometimento do equilíbrio dinâmico constituem os principais sinais e sintomas de apresentação da doença. As alterações sensoriais nem sempre acompanham o quadro motor, há relato de disestesias e parestesias (dormência, formigamentos) ao longo dos membros inferiores e predominantemente distais assim como dor na região lombar é um dos sintomas comuns e ainda perda da visão, visão dupla, fraqueza, falta de equilíbrio, dor, problemas no controle da bexiga e intestinos, fadiga, mudanças emocionais e comprometimento intelectual (NOGUEIRA e COLS, 2009). Neste estudo objetivou avaliar a função sexual de mulheres com diagnóstico definido de esclerose múltipla e de Mielopatia associada ao HTLV1M(HAM/TSP), na forma recidivante-remittente e com a doença estabilizada por pelo menos quatro meses, com idade acima de 20 anos, capacidade cognitiva de responder os questionários de avaliação, apresentando sintomas de disfunções urinárias por no mínimo seis meses. Utilizando o (FSFI) Female Sexual Function Index. A amostra utilizada foram no total de 27 mulheres sendo 6 mulheres com esclerose múltipla, 8 mulheres com HTLV1 e 13 mulheres do grupo controle (saudáveis). É um desafio medir o grau de satisfação sexual de mulheres, pois diversas são as variáveis que interagem entre si biológicas, psicológicas, fisiológicas, padrões culturais e que podem influenciar o

grau de satisfação final afirma HENTSCHEL, et al. 2007. As mulheres neste estudo eram pacientes portadoras de esclerose múltipla e Mielopatia Associada ao HTLV-I (HAM/TSP), devido essa particularidade, entende-se que podem originar alterações na função sexual devido o comprometimento da doença com diminuição na qualidade de vida. O FSFI é um instrumento relativamente novo, que tem sido utilizado com sucesso para avaliar a função sexual em diferentes grupos. Resultados: As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Graphpad Prism 6.0 e os resultados expressos pela diferença entre as médias. Na avaliação do escore total da função sexual nas pacientes com Esclerose múltipla, infectadas com o vírus HTLV-I e Doadoras saudáveis apresentando diferença estatística. Quando avaliado os domínios de forma separada entre os grupos foi possível observar diferença entre os grupos de HTLV1 e as Doadoras Saudáveis. Diante das mulheres estudadas percebe-se a necessidade de compreender de outros estudos neste sentido, para poder contribuir com as discussões no campo da sexualidade feminina que se mostra tão importante para qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE MEDICAMENTOS DE PACIENTES QUE FAZEM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO VIA ORAL

Fausi Padilha Gonçalves, Ângelo Rodolfo Santiago, Silvia Regina S. de Azevedo, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: conhecimento sobre medicação, antineoplásico oral, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Durante a última década, verificou-se mudança no tratamento do

câncer, inserindo também a possibilidade da administração de drogas orais. Um grande número de agentes anticâncer orais foi aprovado e agora têm sido amplamente utilizados em todo o mundo. Em comparação com a terapêutica intravenosa, o tratamento anticancerígeno oral é atraente porque oferece grande comodidade e flexibilidade em termos de horário e local de administração e parecer atenuar as representações negativas sobre a quimioterapia endovenosa. No entanto, isto também significa que os pacientes-usuários- seres humanos devem assumir maiores responsabilidades para o seu tratamento, com relação à aderência, manipulação segura de suas drogas e melhor compreensão da farmacoterapia (CHAN; LEOW; SIM, 2009). Uma das principais causas da não adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso pode ser a insuficiência de informações em relação ao tratamento e da doença e também a não compreensão das orientações recebidas através dos profissionais de saúde. De acordo com alguns estudos, a ausência de informações relacionadas aos medicamentos é uma das principais causas responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica, e isso ocorre em cerca de 30% a 50% dos pacientes (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000), no entanto, outras dimensões precisam ser verificadas não se restringindo apenas a uma perspectiva unidimensional. Essa falta de conhecimento ou compreensão da farmacoterapia sobre o correto uso de medicamentos pode influenciar diretamente no inadequado cumprimento do tratamento, e desencadear em automedicação, reações adversas, interações medicamentosas deletérias, intoxicações, erros e falhas no tratamento (VIEIRA; PERASSOLO, 2011). O correto cumprimento da prescrição medicamentosa é um dos componentes da assistência clínica que requer avaliação, atentando para a compreensão do paciente-usuários-

ser humano sobre o seu tratamento medicamentoso e o desvelamento de suas vivências. O conhecimento e compreensão do paciente-usuário-ser humano sobre a prescrição pode influenciar na comunicação dialógica com os profissionais de saúde (FROHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010). Apesar da sua importância, a adesão à terapêutica depende de múltiplos fatores não apenas individuais, mas sociais, econômicos e culturais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: para a realização deste estudo foi realizado uma revisão bibliográfica sobre metodologias e instrumentos de avaliação sobre nível de conhecimento sobre medicação e sua possível aplicação na terapia antineoplásica oral. RESULTADOS: No que se refere à busca de informações, a maioria das pessoas tendem a recorrer às bulas para adquirir conhecimento sobre a utilização de medicamentos, no entanto, muitas dessas bulas não atendem as exigências estipuladas em lei, apesar da obrigatoriedade de ser oferecida aos consumidores (VIEIRA; PERASSOLO, 2011). Apesar de existir poucos estudos relativos ao nível de informações que os pacientes possuem acerca dos medicamentos prescritos, existem algumas pesquisas a respeito do nível dessas informações como um estudo onde se verificou que 27% dos pacientes apresentavam conhecimento insuficiente sobre o medicamento Digoxina, 50% possuíam conhecimento regular e 11% bom (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000). Com o intuito de avaliar o conhecimento do paciente sobre a prescrição medicamentosa, FROHLICH; PIZZOL; MENGUE (2010) desenvolveu e avaliou um instrumento para avaliação deste nível de conhecimento obtido, este instrumento fundamentado em um modelo teórico proposto por Presseret al. (2004) permitiu examinar a lacuna existente entre o que o paciente-usuário-ser humano realmente sabe e o que deve saber sobre seus medicamentos,

possibilitando assim, determinar a prevenção, educação e acompanhamento, a fim de evitar problemas relacionados ao uso de medicamentos (FROHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de que no Brasil os estudos acerca do nível conhecimento de pacientes que utilizam quimioterapia oral são escassos, a disponibilização e o acesso à informações constitui apenas uma das ferramentas para assegurar o uso seguro da medicação. Desta forma, o processo educativo e cuidadoso relacionado ao uso de medicamentos podem prevenir e auxiliar na compreensão do tratamento e assim empoderar o paciente-usuário-ser humano (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000). A maioria dos autores enfatiza a importância o uso de artefatos educativos impressos com a finalidade de reforçar a compreensão do regime medicamentoso prescrito. Porém, investigações sobre o conhecimento da farmacoterapia ainda são insuficientes no Brasil (CECCATO et al. 2010). Neste contexto a educação em saúde pode constituir em estratégias de transformação e formação da consciência crítica sobre saúde-adoecimento-cuidado, promovendo rupturas em práticas educativas restritas ao repasse de informações (CARVALHO, 2009). A educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, mas proporcionar aos usuários a reflexão sobre as bases sociais de suas vidas para que possam entender a saúde com um direito social e não como uma concessão (ALVES; NUNES, 2006). Estudos realizados em diversas regiões do mundo comprovam o efeito positivo dos processos educativos através das intervenções educativas voltadas para incentivar e apoiar pacientes-usuários-seres humanos a assumirem a responsabilidade perante seus problemas de saúde de modo crítico e criativo. Um exemplo que podemos citar foi o estudo realizado com pacientes-usuários-seres humanos com Diabetes Mellitus que

ao receberem um tratamento eficiente, aconselhamentos, acompanhamento regular e apoio ao autogerenciamento apresentaram uma melhora importante quanto ao controle glicêmico, prevenção e controle das complicações (PEREIRA, et al., 2012). A importância dessa prática fica mais evidente pelo fato de ainda não estar inserida em todos os serviços de saúde, pois neste estudo sobre intervenções educativas em pacientes com diabetes, o autor destaca um número significativo de déficit de conhecimento e de habilidades sobre o manuseio da doença de 50% a 80% dos pacientes (PEREIRA, et al., 2012). Pode ser que a maior dificuldade ainda encontrada em se praticar estas intervenções esta em como promover o autocontrole ou o autocuidado sobre os problemas de saúde. Desta forma, a escolha das técnicas educacionais deve ser de suma importância, por isso essas técnicas estão evoluindo ao longo dos anos de forma que melhore as apresentações didáticas para a prática das intervenções, e assim propiciar a autonomia do paciente através de sua participação e colaboração (PEREIRA, et al., 2012). Portanto, as intervenções educativas em saúde que levam em conta as experiências, espaços de diálogos podem enriquecer e fortalecer a relação terapêutica, contribuindo para o protagonismo que se evidencia em melhor conhecimento e compreensão do tratamento medicamentoso (RENOVATO; TRINDADE, 2004). Assim, o conhecimento de paciente sobre medicamentos torna-se de suma importância, principalmente no tratamento antineoplásico oral, devido à alta complexidade envolvida neste tipo de farmacoterapia.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE OSTEOPOROSE DE ADULTOS E IDOSOS

Kátia Gianlupi, Caroline Amaral, Márcia Regina Martins Alvarenga, Márcia Maria

Medeiros, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda

Palavras-chave: conhecimento, osteoporose, idosos, adultos

Introdução: O envelhecimento populacional é hoje uma das principais conquistas da humanidade, mas um grande desafio para os governos e para a sociedade (VIEGAS, 2009). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) estimam que a esperança de vida ao nascer da população da região centro-oeste em 2015 é de 75,7 anos e estima-se que em menos de quatro décadas, os idosos representarão 29,8% da população brasileira. Devido ao envelhecimento populacional, a osteoporose representa a “Epidemia Silenciosa do Século”, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada como um problema de saúde pública que atinge pessoas no mundo inteiro. É uma doença de grande impacto tanto pela sua elevada prevalência, quanto pela morbimortalidade que ocasiona (BRASIL, 2006). A osteoporose é caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica e, conseqüentemente, à predisposição às fraturas com trauma mínimo (KANIS et al., 1994; SHILLS, 2003). Constitui-se na doença osteometabólica mais frequente no idoso, atingindo ambos os sexos, porém manifesta-se mais comumente entre as mulheres, principalmente no climatério (KENNY; PRESTWOOD, 2000). Por ser uma doença silenciosa é preciso estar atento para identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose, tais como: história familiar de fratura por osteoporose, raça branca, baixa estatura e peso, sexo feminino, menarca tardia, menopausa precoce, nuliparidade, baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio, alta ingestão de proteína animal,

sedentarismo, tabagismo, alcoolismo crônico, uso de medicamentos (corticoides, heparina, methotrexate, fenobarbital, fenitoína, ciclosporina, agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina). O pico de massa óssea depende predominantemente dos fatores genéticos; entretanto, 20% referem-se aos fatores ambientais, destacando-se a atividade física e a qualidade nutricional (SILVA; MURA, 2007), bem como os níveis séricos inadequados de vitamina D (<30ng/dl) e à exposição ao sol diminuída (YAZBEK; NETO, 2008). Assim, a história clínica e o exame físico são importantes na identificação de fatores de risco para essa patologia (PAULA, 2007). Deve-se considerar, entretanto, que as doenças crônicas, como a osteoporose, bem como suas incapacidades, são conseqüências evitáveis do envelhecimento e que, as ações de prevenção são efetivas, em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para mudar o quadro atual de epidemia da doença (VERAS, 2009). Mesmo que a compreensão sobre a doença possa não ser suficiente para promover mudanças nos hábitos relacionados à saúde, considera-se que o conhecimento seja um pré-requisito para a adesão e o sucesso das medidas preventivas. As práticas de educação em saúde devem considerar o nível de conhecimento do paciente e serem direcionadas às principais deficiências ou falhas no tratamento (GOMES, 2010). Objetivo: Avaliar o conhecimento de adultos e idosos não institucionalizados e cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (ESF), pertencentes à região do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Norte do município de Dourados/MS, quanto à osteoporose e seus fatores de risco. Metodologia: Estudo descritivo, de natureza quantitativa que retrata os resultados parciais da dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde intitulada “Práticas educativas em saúde na prevenção da osteoporose”. Os

critérios de inclusão foram: indivíduos com idade superior a 50 anos, de ambos os sexos, residentes em Dourados, MS, cadastrados nas ESF, que pertencessem à área de abrangência do NASF da região Norte e que tivessem apresentado pelo menos um fator de risco para a osteoporose. Considerou-se como fatores de risco para a osteoporose: fratura em qualquer fase da vida, uso crônico de corticosteroides, tabagismo, alcoolismo, baixa exposição solar, histórico materno de osteoporose, menopausa precoce, risco de desnutrição ou desnutrição, osteopenia ou osteoporose, deficiência ou insuficiência de 25-hidroxivitamina D e inatividade física. Todos esses dados foram obtidos por meio do Questionário estruturado, a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e os resultados dos exames de cálcio, 25-hidroxivitamina D e a Densitometria mineral óssea. O convite para a prática educativa foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, cerca de cinco dias antecedentes ao evento, totalizando 22 pessoas convidadas. No entanto, compareceram apenas cinco pessoas na data agendada. A avaliação do conhecimento sobre osteoporose e seus fatores de risco foi feita por meio de um questionário, elaborado pela pesquisadora, contendo sete questões fechadas, sendo que cada pergunta possuía cinco alternativas, contendo respostas diferentes para cada questão. As questões estavam dispostas num painel e foram respondidas individualmente. Conforme sua resposta, cada indivíduo afixava uma etiqueta colorida referente à respectiva questão. Os materiais utilizados foram: papel manilha, canetões coloridos, recortes de revistas, lápis de cor, etiquetas coloridas, fita adesiva, tesoura e cola. Resultados e Discussão: Dos cinco entrevistados, 4 (80%) eram do sexo feminino e 1 (20%) do sexo masculino, com idade média de 67,6 anos, dos quais 2 (40%) analfabetos, 2 (40%) apresentavam nível fundamental incompleto e 1 (20%) tinha

ensino médio incompleto. As perguntas realizadas foram: 1) Qual destes minerais é importante para prevenir a osteoporose? 2) Qual dos alimentos abaixo é uma excelente fonte de cálcio? 3) O sol é importante para sintetizar qual vitamina? 4) A osteoporose é mais comum entre quais pessoas? 5) Qual líquido, quando ingerido junto à alimentação diminui a absorção do cálcio? 6) Quantos minutos são necessários de exposição solar para a síntese de vitamina D? 7) Quais alimentos são fontes alimentares de outra vitamina importante para a síntese de colágeno (osso)? Obtiveram-se os seguintes resultados: na pergunta 1, 4 (80%) acertaram a resposta (alternativa C=cálcio) e apenas 1 (20%) errou (alternativa A=ferro); na pergunta 2, 4 (80%) acertaram a resposta (alternativa B=leite) e apenas 1 (20%) errou (alternativa E=cenoura); na pergunta 3, 3 (60%) erraram (alternativa B e C), 1 (20%) respondeu não sei e 1 (20%) acertou (alternativa A= vitamina D); na pergunta 4, 4 (80%) responderam não sei e apenas 1 (20%) acertou (alternativa C= nunca fazem exercícios); na pergunta 5, 4 (80%) acertaram (alternativa B = café) e 1 (20%) errou (alternativa C= vinho); na pergunta 6, 4 (80%) acertaram (alternativa A= 15 minutos) e apenas 1 (20%) respondeu não sei e na pergunta 7, 5 (100%) acertaram (alternativa B = frutas cítricas). Infere-se que apenas a pergunta número 7, referente às fontes alimentares da vitamina C, importante para a síntese de colágeno, apresentou 100% de acertos. A questão que apresentou maior percentual de erros foi a número 3, relativa ao sol como fonte de vitamina D. E a questão em que houve maior dúvida entre os participantes, ou maior percentual de resposta não sei, foi a número 4, referente à inatividade física como fator de risco para a osteoporose. Considerações finais: Conclui-se que os indivíduos avaliados apresentam bom conhecimento sobre a osteoporose e seus fatores de risco, embora

tenham manifestado menor conhecimento e dúvidas quanto ao sol como precursor da vitamina D e o risco de desenvolvimento da doença entre os indivíduos inativos fisicamente. Nota-se a necessidade de maior abordagem quanto aos fatores de risco para a doença, enfatizando os temas que mais apresentaram deficiências e que medidas simples são capazes de prevenir a doença e suas consequências, melhorando sua qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM À LUZ DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Maria Fabiana de Sena Neri, Maria Socorro de Sousa, Vaudelice Mota, Maria Josefina da Silva, Marlene Marques Avila

Palavras-chave: Educação, Enfermagem, Projeto Pedagógico

A ordenação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde pode ser visualizada na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O presente estudo tem o objetivo de analisar o projeto pedagógico de um curso de enfermagem (PPE) em Fortaleza-CE, à luz das DCN. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa realizado de setembro a novembro de 2014. Foram informantes 12 docentes e 15 discentes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e de pesquisa documental, identificando-se de que forma as DCN estão (ou não) contempladas no PPE, bem como as dificuldades e avanços adotados. Este estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa cujo parecer ético foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. A partir do PPE analisaram-se as disciplinas com base nas competências e habilidades preconizadas nas DCN, destacando-se a

Atenção à saúde, Tomada de decisões e Administração/Gerenciamento. A necessidade dos usuários nas discussões promovidas pelas disciplinas se revela uma dificuldade. Assim a inserção e a interação com os princípios da integralidade, participação social e promoção à saúde representam desafios. Existe no PPE uma lacuna quanto à corresponsabilidade dos profissionais dos serviços, em virtude das restrições destes e da pouca compreensão de que sua participação potencializa a formação e a transformação das práticas.

AVALIAÇÃO FORMATIVA E PROCESSUAL EM SESSÃO TUTORIAL: CONSTRUINDO PISTAS DE APROXIMAÇÃO PARA O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Mirella Ferreira da Cunha Santos, José Carlos Rosa Pires de Souza, Iane Franceschet de Sousa, Ana Paula Machado, Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Socorro Andrade de Lima Pompílio, Renato Bichat Pinto de Arruda, Tânia Gisela Biberg-Salum

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas, educação médica, avaliação educacional

APRESENTAÇÃO: Nas metodologias ativas, o estudante é o ator principal do processo educacional, que é dinâmico e estimula a construção do conhecimento por meio de uma aprendizagem crítica e autônoma. Ele, com o apoio do docente, devem ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado. A ênfase nesta estratégia é a busca ativa de informações e habilidades pelo acadêmico. A ele compete definir as melhores formas e o ritmo de estudar, bem como avaliar o progresso da sua formação. A aprendizagem baseada em problemas (ABP) é um método pelo qual o acadêmico, ou o trabalhador de saúde, através de sessões tutoriais, utiliza a situação de um paciente,

uma questão da assistência à saúde ou um tópico de pesquisa, como estímulos para aprender. Após análise inicial do problema, os acadêmicos definem seus objetivos de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo. Após, relatam o que encontraram e o que aprenderam. A ABP na educação dos profissionais de saúde tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Na ABP a avaliação do discente acontece em duas vertentes, a formativa, em que se valorizam aspectos do domínio afetivo e outra somativa, centrada nos domínios cognitivo e psicomotor. A concepção da avaliação formativa e processual da tutoria encontra-se respaldada na psicologia sócio-histórica, que tem como embasamento a teoria de Vygotsky, ou seja, o desenvolvimento humano a partir das relações sociais que são estabelecidas entre os diferentes atores que participam do processo ensino-aprendizagem, tendo em vista seus múltiplos contextos sociais. Portanto, o trabalho da tutoria pode ser analisado, também, como um espaço instigante para sistematização do conhecimento, considerando a sua função mediadora na construção do conhecimento. Para tanto, é imperioso que a avaliação se dê em processo, ou seja, durante o próprio transcurso da atividade, de forma a serem captados eventuais desvios ou problemas e, dessa forma, poder se intervir de modo a favorecer uma resposta adequada às questões que se apresentarem. Nesse sentido, o papel do docente tutor assume posição de destaque na avaliação, permitindo que uma série de dificuldades apareça tais como a atitude preventiva de professores que não se sentem à vontade para fazer críticas, subjetividade, falta de anonimato da avaliação efetuada durante as sessões tutoriais. Dessa forma é necessário

que os tutores sejam capacitados, treinados e estejam em harmonia para diminuir os vieses e a subjetividade durante o processo avaliativo formativo. Considerando essas dificuldades e necessidades esse trabalho pretende relatar a experiência vivenciada no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), durante a construção de um instrumento de avaliação formativa e processual para os módulos temáticos do curso e a elaboração de pistas de aproximação para cada um dos itens constituintes do instrumento avaliativo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Curso de Medicina da UEMS iniciou a primeira turma em março de 2015. A construção dos módulos temáticos e longitudinais do primeiro ano do curso foi realizada pela própria equipe de docentes, com apoio técnico-pedagógico de consultoria externa. Entende-se por construção dos módulos a elaboração de todo o material didático, instrucional e avaliativo, considerando as características e particularidades de cada cenário de aprendizagem. Dessa forma a construção do Instrumento de Avaliação do Estudante (IAE) a ser aplicado nas sessões tutoriais seguiu um longo caminho de desconstrução, reconstrução e aperfeiçoamento, realizado ao longo de oito meses (Janeiro-Agosto/ 2015) que resultou em um IAE prático e factível composto por um rol de “pistas de aproximação” que servem como norteadores para cada item a ser avaliado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O IAE construído coletivamente pelos tutores e pelos membros da Comissão de Avaliação consiste de dez itens, a saber: (1) Desempenho ao interpretar o problema; (2) Desempenho ao discutir o problema; (3) Habilidade na seleção, organização e formulação dos objetivos de aprendizagem; (4) Desempenho como membro do grupo na abertura do problema; (5) Desempenho ao demonstrar estudo que leve à resolução dos objetivos propostos; (6) Desempenho

ao demonstrar senso crítico em relação às informações trazidas; (7) Capacidade de síntese e exposição das informações; (8) Capacidade de aplicar o conhecimento adquirido na resolução do problema; (9) Capacidade de realizar e receber críticas; (10) Desempenho como membro do grupo tutorial no fechamento do problema. Esses itens são avaliados utilizando-se uma escala de Likert com notas de 1 à 5 sendo: 1 – inapropriado para o nível de treinamento (ruim); 2 – abaixo do esperado para o nível de treinamento (regular); 3 – adequado para o nível de treinamento (bom); 4 – acima do esperado para o nível de treinamento (muito bom); 5 – desempenho excepcional para o nível de treinamento (excelente). Dessa forma os critérios possibilitam um parâmetro numérico (1-3) e dois parâmetros qualitativos (ex: acima do esperado para o nível de treinamento ou muito bom). O processo para que se chegasse a esse formato de IAE ocorreu durante todo o primeiro semestre de 2015, uma vez que o IAE utilizado até então não correspondia às necessidades avaliativas do cenário tutorial, muitas vezes supervalorizando as notas dos estudantes e desestimulando os tutores durante o processo da avaliação formativa ao dificultar o feedback e a possibilidade de apontar eventuais falhas a serem corrigidas pelos discentes. Assim, em Agosto/2015 o atual IAE passou a ser utilizado pelos tutores nas sessões tutoriais. O que se percebeu a partir daí foi que ao mesmo tempo em que o instrumento se mostrou de fácil preenchimento, clareza nos itens a serem avaliados e nos critérios estabelecidos, a subjetividade ainda superava a objetividade que se pretendia com o novo IAE. Percebeu-se que cada tutor estipulava parâmetros específicos em cada item, o que gerou diferenças muito grandes entre as notas de cada grupo tutorial. Assim, o grupo de tutores, a coordenação do curso, a comissão de avaliação e demais docentes

propuseram utilizar a subjetividade para construir pistas objetivas para cada item e critério. Os tutores redigiram os parâmetros que estavam utilizando individualmente em suas avaliações e, em plenária, foi redigido um único documento com pistas de aproximação que seguiram este raciocínio: “Quando eu devo atribuir a nota 1 no item (1) Desempenho ao interpretar o problema? E quando eu devo atribuir a nota 2 no mesmo item?” e assim sucessivamente para cada um dos dez itens, e cada um dos cinco critérios. O resultado foi uma tabela com pistas claras e objetivas de situações ou condições para que determinada nota seja ou não atribuída em cada um dos itens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entende-se que em qualquer processo de aprendizagem existem objetivos a serem alcançados e para que haja a verificação disso é necessária a avaliação. O processo de construção coletiva vivenciado pelos tutores e demais docentes do curso de Medicina da UEMS é um reflexo de como as metodologias ativas em especial a ABP exige dos docentes um exercício interno de desconstrução e reconstrução de paradigmas. Acreditamos que não houve apenas a implantação de um novo sistema avaliativo nas sessões tutoriais do curso de Medicina da UEMS, mas um entendimento, por parte dos docentes e discentes, acerca de uma nova concepção de por que e como avaliar.

CAFÉ IDÉIAS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS – PUC MINAS BETIM: UMA METODOLOGIA PARTICIPATIVA E INOVADORA PARA A DISCUSSÃO DA CIDADANIA NA SAÚDE ENTRE A UNIVERSIDADE E A COMUNIDADE

Berenice de Freitas Diniz, Maria da Consolação Magalhães Cunha, Raimundo Loyola Júnior, Ronaldo de Oliveira Zenha, Jacqueline do Carmo Reis

A oficina aconteceu ao final do Projeto PROPET Saúde na PUC Minas Betim, em dezembro de 2014. O assunto sobre o qual versou a oficina foi o controle social e a participação da PUC Minas Betim na comunidade a partir dos projetos de extensão. Os Objetivos da oficina foram divulgar o trabalho desenvolvido pelo Projeto de Extensão OBCS e estabelecer o diálogo entre os professores, preceptores e conselheiros de saúde na Semana Acadêmica de Planejamento. A proposta foi apoiada pelo PROPET Saúde e Pró-reitora de Extensão. A iniciativa baseada nas metodologias “Café da Equidade” e “World Café” usou os temas norteadores “cidadania exercida na saúde”, “Papel da PUC Minas na promoção e discussão da cidadania na universidade e fora dela” e “Saúde pública debatida na escola, comunidade ou ambiente de trabalho”. As discussões dos 60 participantes, em 10 mesas, foram registradas em toalhas de papel em forma de frases, desenhos e esquemas e transcritas para interpretação e apresentação à Pró-Reitoria de Extensão. Foram registradas 11 toalhas de mesa, o banco de dados para análise contou com 235 registros em forma de frases com sugestões para envolvimento entre os segmentos presentes, sete esquemas ou fluxos de interação institucional e 10 desenhos sobre os resultados da interação. Em análise linguística registrou-se 1.375 palavras com frequências variando de 1% a 5% para os vocábulos direitos, SUS, trabalho, PUC, formação, discutir, saúde pública, população, cidadania, participação social e comunidade. O Café Ideias do Projeto Observatório do Controle Social do SUS – PUC Minas Betim promoveu iniciativa facilitadora, permitindo a discussão de temas atuais que inquietam a população. Um participante ao afirmar que “A droga é um problema de saúde, e cidadania é apoiar os jovens em projetos para liberá-

los das drogas” elucida as preocupações da universidade. Estabelecer escuta ativa junto à população é estratégia para o cumprimento da missão institucional e fortalece os elos com a comunidade. A presença espontânea da comunidade demonstrou que conselheiros e usuários do sistema de saúde têm a PUC Minas Betim como referência de espaço de formação cidadã. As proposições elaboradas permitirão que a universidade conheça, ainda mais, a comunidade em que está inserida e que elabore de suas atividades de extensão voltada para as demandas da população local. Proposição reconhecida com a inserção dessa estratégia nas Semanas de Planejamento.

CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Amanda de Lemos Mello, Marlene Gomes Terra, Sheila Koucorek

Palavras-chave: Internato não médico, Equipe interdisciplinar de saúde/educação, Pesquisas sobre serviços de saúde

APRESENTAÇÃO: A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinada aos profissionais da área da saúde, conforme a Lei nº 11.129. Atualmente, os programas de RMS vêm se estruturando gradativamente e conquistando o aparato legal para sua consolidação. Também, as RMS vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade, assim como, atender aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais. Entretanto, contrapõe-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e posicionando-se na perspectiva de suprir as necessidades do SUS. A visibilidade do Residente e dos programas de RMS, também se faz fundamental frente ao

contexto de consolidação. Assim, a publicação científica pode ser vista como um meio para disseminar o conhecimento adquirido com a investigação além de permitir que os programas se posicionem dentro da comunidade científica, a fim de fortalecer redes de colaboração e obter prestígio acadêmico. Desse modo, têm-se como objetivo caracterizar os trabalhos de conclusão de pós-graduação de residentes vinculados a um programa de RMS no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, o qual foi realizado por meio das buscas nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) disponíveis na página de um Programa de RMS no interior do estado do RS, durante o período 2010 a 2014. Os dados foram coletados em 65 trabalhos, por meio da leitura na íntegra e analisados descritivamente. A caracterização dos estudos foi realizada por meio da utilização do cálculo da frequência relativa. Faz-se necessário enfatizar, que nem todos os TCC estavam disponíveis na íntegra e online. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Programa de RMS do qual foram coletadas informações, teve início no ano de 2009 com três áreas de ênfase, sendo elas: Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família e Atenção em Rede Hospitalar. Cada ênfase subdividia-se em áreas de concentração, as quais foram reestruturadas em decorrência da necessidade vivenciada no processo de implantação do Programa. Atualmente, as ênfases e áreas de concentração estão organizadas da seguinte forma: Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, centradas nas áreas de concentração: Crônico-Degenerativo, Materno Infantil e Onco-Hematologia; Sistema Público de Saúde, com as áreas de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Vigilância em Saúde; e, Saúde Mental no Sistema Público de Saúde. Os residentes que atuam nestes cenários são das áreas profissionais:

Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia. Dentre os aspectos avaliativos dos residentes, encontra-se a produção de um projeto de pesquisa, interdisciplinar (de 03 a 04 integrantes com, no mínimo, 03 núcleos profissionais) que deverá subsidiar a produção dos TCC, os quais serão apresentados individualmente. A orientação fica sob a responsabilidade de docentes, tutores e preceptores ligados ao RMS. Os temas dos projetos devem estar alinhavados à proposta político-pedagógica do Programa e o residente deverá produzir um artigo científico para publicação que será apresentado e defendido publicamente, mediante banca examinadora, constituindo-se como um pré-requisito para conclusão do curso. A partir da análise dos dados destes trabalhos disponíveis, as informações mais representativas de um modo geral, foram as pesquisas realizadas com profissionais/trabalhadores da área da saúde, no âmbito hospitalar e com estudos voltados a conhecer/analisar aspectos do processo de trabalho de saúde nos mais diversos serviços que os residentes encontravam-se inseridos. Quanto ao tipo de abordagem, a maioria foi qualitativa. Especificamente, os estudos da área de concentração de Atenção Básica (n=12), foram maioria estudos qualitativos e obtiveram como participantes da pesquisa integrantes das equipes de saúde (33,3%), sendo o cenário de maior evidência a Estratégia de Saúde da Família (75%). Pode-se perceber que a temática sobre Violência foi a mais trabalhada, sendo esta com enfoque sobre mulheres ou crianças. Já em relação à Saúde Mental, dos dezoito estudos analisados, 50% eram qualitativos e obtinham como participantes profissionais da área da saúde associados ou não com outros sujeitos, dentre eles os usuários (33,3%). Como cenário que maior obteve destaque, foi o ambiente hospitalar

(33,3%). Estudos (27,7%) trabalharam com a temática Tragédia/Catástrofe em uma boate ocorrida no município onde os residentes do programa atuam, seguida da temática álcool e outras drogas (16,6%). Na ênfase de Gestão e Atenção Hospitalar, pode-se analisar nove estudos da área de concentração Materno-infantil, sendo que destes, 55,5% eram qualitativos e 33,3% obtinham como sujeitos de estudo os profissionais dos serviços de saúde e/ou puérperas/gestantes. O cenário que se sobressaiu foram as unidades hospitalares (44,4%) associados ou não com outros serviços, como a Atenção Básica (33,3%) ou Estratégia da Saúde da Família (11,1%) e a temática evidenciada foi HIV/AIDS em gestantes (22,2%) ou pré-natal (22,2%). Na Crônica-degenerativa, dos onze estudos analisados, oito eram qualitativos, sendo que a maioria dos estudos (45,5%) tiveram a participação de usuários dos serviços de saúde ou pacientes diagnosticados com alguma patologia e os cenários que obtiveram maiores destaques foram os ambulatórios do Hospital Universitário o qual a RMS está vinculado (54,4%), a temática que obteve maior enfoque foram os diversos aspectos dos processos de trabalho assistencial (54,4%). Na Hemato-oncologia sete estudos foram analisados, sendo que 46,7% correspondem a trabalhos qualitativos, com a participação em 57,1% de profissionais dos serviços de saúde, sendo esses relacionados a Atenção Básica, Centro de transplante de Medula Óssea, Unidade de Pronto Atendimento ou de uma região perto município (14,2% cada) e o tema de destaque foi a doação de sangue/pacientes oncológicos (28,5%). Por fim, a Vigilância em Saúde obteve somente dois estudos analisados, sendo um quanti-qualitativo e o outro relato de experiência, onde tratavam dos indivíduos em tratamento de AIDS e a gestão desenvolvida por um residente no setor de vigilância em saúde. Com relação

a áreas de concentração anterior a reforma do plano pedagógico do programa, área de concentração Gestão e Políticas de Saúde, pode-se evidenciar seis estudos, sendo que destes havia trabalhos qualitativos, quantitativos e de reflexão (33,3% cada). Os participantes que tiveram destaque foram usuários dos serviços (50%) nos diversos serviços de referência do estado do RS e do município (83,3%). Os temas desenvolvidos nas produções foram diversos, mas o que se evidenciou foram as redes de atenção no SUS (33,3%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Compreende-se que a RMS proporciona uma série de impactos tanto nos serviços de saúde, quanto na universidade a qual esta vinculada. Assim, as pesquisas evidenciaram que no momento em que os residentes estão inseridos nos serviços, estão repensando junto aos trabalhadores formas de potencializar ou criar estratégias para o cotidiano das práticas de assistência e cuidado. Porém, pode-se perceber que nem todos os TCC citavam no trabalho que eram integrantes e nem que o trabalho foi realizado durante a RMS. Sugere-se, que os residentes tragam essa informação como forma de compartilhar experiências e informações no meio acadêmico.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

*Sebastiao Junior Henrique Duarte,
Richardson Miranda Machado*

Palavras-chave: Cobertura universal, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Obstetrícia

APRESENTAÇÃO: Melhorar a saúde das gestantes constitui o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio (ODM) e uma de suas metas é a redução da mortalidade materna em três quartos até o ano 2015. No entanto, muitos países não conseguiram

atingir esse e outros ODM. Ressalta-se que, no Brasil, houve redução no número de mulheres que morrem em decorrência da gestação e do parto, no entanto ainda há muito a ser feito no sentido de propiciar a cobertura e o acesso universal, equitativo e integral à saúde. Mesmo com o declínio da taxa de fecundidade, especialmente nos países subdesenvolvidos, muitas mulheres dão à luz em condições insatisfatórias, tanto em casa sem assistência por pessoal qualificado, como em instituições de saúde de má qualidade. Serviço de qualidade é aquele que dispõe de força de trabalho adequado com pessoal de obstetrícia competente, incluindo enfermeiras obstétricas, obstetrizas e médicos. Vários países não contam com recursos humanos qualificados e a formação encontra-se abaixo do ideal, não só pela escassez de recursos físicos, materiais, insumos e equipamentos, mas também pela falta de educadores competentes. Nesse sentido é que a Organização Mundial de Saúde discute abordagens que devem contar nos planos de governo de todos os países, entre elas os incentivos para que as mulheres tenham a parturição em condições seguras de saúde por pessoal qualificado. Isso requer mudança no processo de formação, educação continuada e de educação permanente dos profissionais do campo da obstetrícia. Tomando a relevância da temática e no sentido de contribuir com a disseminação do conhecimento na área de formação em obstetrícia é que tivemos por objetivo analisar documentos oficiais divulgados pela Organização Mundial da Saúde a respeito da formação em obstetrícia. Os resultados desse estudo poderão subsidiar as instituições que formulam as diretrizes curriculares para o ensino da obstetrícia, com isso as contribuições à formação de pessoal qualificado e o potencial para a redução da mortalidade materna. Procedimentos metodológicos

Este estudo foi resultado de uma pesquisa documental com a literatura internacional referente a documentos que tratam da formação de pessoal qualificado para o exercício da obstetrícia, produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos últimos dez anos. A opção por essa modalidade de pesquisa decorre da viabilidade de localizar referências bibliográficas consideradas relevantes para a temática, tendo em vista que a OMS é uma instituição pública norteadora de políticas de saúde em nível internacional. Portanto, tivemos por base a) âmbito internacional, b) literatura que registra políticas orientadoras da formação e, c) documentos que tenham impacto na formulação de políticas voltadas a formação de pessoal qualificado em obstetrícia. Foram incluídos documentos que permitissem nortear tanto as políticas para a formação como a educação permanente em obstetrícia. Excluíram-se documentos que não tratavam especificamente da formação e/ou educação permanente. A pesquisa foi realizada em quatro etapas: 1) levantamento no site da OMS de dados referenciais disponíveis on-line, 2) construção de um banco de dados com os documentos encontrados, 3) leitura dos textos e, 4) análise e categorização dos documentos selecionados. Para a análise, destacaram-se as informações principais que permitissem uma apreensão das temáticas e discussões gerais trazidas pelos documentos. Os resultados foram organizados por meio de categorizações que possibilitaram a análise temática. RESULTADOS: Foram localizados 18 manuais, desses a maioria no idioma inglês, embora alguns bilíngues (inglês e português, inglês e espanhol, inglês e francês) e também poliglota (inglês, português, persa e língua indonésia). Todos tratam de políticas voltadas a formação para a qualificação de recursos humanos em obstetrícia, a partir de consensos e

produções coletivas, que contou com a colaboração de diversos autores de diferentes países, através da cooperação técnica entre a OMS, Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nursing), Confederação Internacional de Parteiros (International Confederation of Midwives), entre outros segmentos político. A leitura dos documentos possibilitou a organização de duas categorias, resumidas a seguir: Competência docente Os documentos que conferem sustentação a essa categorização revelam que a competência do educador é um componente negligenciado. Uma pesquisa sugeriu que apenas 6,6% do pessoal docente nos países em desenvolvimento têm preparo formal na educação. A qualidade dos educadores é um fator importante que afeta a qualidade dos graduandos dos programas de obstetrícia. Educadores de obstetrícia, bem preparados, poderão propiciar educação de qualidade dentro de um ambiente favorável, incluindo recursos adequados, políticas e governabilidade. A publicação competências do educador apresenta oito domínios e 19 competências recomendadas para a qualificação do professor que ensina obstetrícia. Essas competências centrais podem fornecer uma base sólida para uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados para gestantes, mães e recém-nascidos. As competências essenciais podem ser usadas para desenvolver conteúdos curriculares e métodos de ensino inovadores. Competência do profissional. O relatório sobre o progresso da obstetrícia contou com colaboradores de várias partes do mundo e teve o envolvimento do Conselho Internacional de Enfermeiros. Nele foi destacado o papel central desempenhado por profissionais da obstetrícia. O cuidado em saúde é reconhecido como a estrutura capaz de contribuir com a cobertura universal de

saúde. Entre os requisitos apontados para o exercício qualificado da obstetrícia em todos os níveis dos sistemas de saúde, foram citados os desafios para o fortalecimento dos serviços de obstetrícia, que incluem: a) recursos humanos inadequados em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde; b) dificuldade na retenção de profissionais de saúde em áreas rurais após a conclusão da formação; c) aumento da migração no interior dos países, regiões e no mundo; d) baixos salários, falta de incentivos de carreira, envelhecimento da população ativa e, e má imagem profissional; e) precárias condições de trabalho/ambientes; f) dificuldades na aplicação das políticas existentes; g) falta de programas de educação locais de alta qualidade; h) atraso ou respostas inadequadas às crises e / ou desastres; i) acesso limitado às tecnologias da informação e da comunicação e, j) restrições no financiamento e recursos de treinamento agravados pela situação econômica global. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise dos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde a respeito da formação em obstetrícia possibilitou identificar que há definição das atribuições essenciais tanto para os educadores quanto para os profissionais que atuam na área da obstetrícia. O direcionamento estabelecido nos documentos serve de subsídio para a formulação de políticas educacionais e assistenciais capazes de contribuir com a cobertura e o acesso universal de saúde. Ressalta-se que tais documentos são de acesso universal e público. É preciso reconhecer os desafios que envolvem o controle da mortalidade materna, com destaque para os países em desenvolvimento. O enfrentamento desse grave problema de saúde pública requer, além de atuação multiprofissional, a definição das atribuições que levam a atenção qualificada. A formação de recursos humanos precisa ser considerado no contexto em que se está

inserido. No entanto, requer cuidado com a formação de contingentes, visto que é preciso números capazes de fazer a diferença na atenção qualificada à mulher, ao conceito e sua família. Recomenda-se a ampla divulgação dos referenciais da Organização Mundial de Saúde na tomada de decisão, revisão, reformulação e elaboração de diretrizes em obstetrícia, como elemento essencial para a melhoria da saúde da gestante, que constitui o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio.

CONSCIENTIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A DOR E SUAS DIMENSÕES: UMA AÇÃO EDUCATIVA

Christiane Barbosa, Rogério Gavassa Ornella, Paulo César Carvalho, Aline Figueira Fidelis, Lucimeire Fátima Laurindo

Palavras-chave: Dor, educação profissional, educação continuada

APRESENTAÇÃO: No estudo dos sinais e sintomas das doenças, a dor é um dos sintomas mais presentes. Especialmente a dor crônica, quando vivenciada, torna-se uma experiência muito triste para o paciente e seus familiares. Isso se justifica, pois com a cronicidade, há a persistência da dor, que tem uma influência decisiva na deterioração da qualidade de vida e na atitude negativa perante a doença. O alívio da dor quer do doente, quer daqueles que com ele convivem, é uma exigência absoluta, e determina uma prioridade de ação dos profissionais de saúde. O profissional passa a ser o gestor da dor do outro, as suas ações compreendem a detecção, a avaliação e a intervenção nesse fenômeno. É fundamental saber o quanto os profissionais de saúde, que lidam com essa questão no dia a dia, estão conscientizados sobre esse problema. O suporte aos profissionais representa um

novo desafio para o nosso sistema de saúde e para enfrentá-lo é necessário conhecer as bases do problema. Para elucidação dessa questão, o objetivo desse estudo foi conhecer o nível de conscientização de profissionais de saúde de uma equipe de saúde da família sobre a dor e suas implicações. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Além do método qualitativo, este estudo foi desenvolvido com delineamento transversal e é descritivo do tipo exploratório. As questões éticas foram respeitadas, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Para compreender a conscientização dos profissionais de saúde sobre a avaliação e o manejo da dor, foi desenvolvida uma prática reflexiva norteada pelo arco da problematização de Maguerez. O arco da problematização segue cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Entretanto, foram utilizadas para esta prática somente as quatro primeiras etapas. A amostra foi composta por 9 profissionais de saúde de duas equipes de saúde da família que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa Melhor em Casa. O desenvolvimento desta prática foi realizado na unidade de saúde na qual as equipes estão localizadas, no município de Araraquara, interior de São Paulo, durante um período de 2 meses. A prática educativa foi organizada em 8 encontros semanais, de duas horas cada. Num primeiro momento educativo, realizou-se a observação da realidade, para saber o que os profissionais de saúde conhecem sobre o tema. Num segundo momento, houve um resgate do momento anterior e a identificação dos pontos-chave que deveriam ser trabalhados nesta prática. Num terceiro momento, foi realizada a teorização para elucidamento dos pontos-chave. Num quarto e último momento, realizou-se uma reflexão sobre a prática educativa além da proposta de

hipóteses de solução para os problemas encontrados. A coleta e registro das informações foram efetuados através de diários de campo, que foram lidos e reescritos no dia seguinte ao da atividade, para que as idéias não se perdessem, e fosse mantida a fidelidade dos acontecimentos. RESULTADOS: Para realização do primeiro momento, que visava a observação da realidade, foi necessário apenas um encontro. Neste dia, os profissionais participaram de uma dinâmica para que houvesse uma descontração e o maior engajamento na temática em questão, dor. Após a dinâmica, os profissionais foram convidados a refletir e expor para o grupo o que sabiam sobre o tema em questão. Entre as frases ditas, algumas se destacaram como: "...é difícil a gente tratar a dor..." deve perguntar para o paciente como é a dor, usar a escala de carinhas, que a dor é o quinto sinal vital e devemos lembrar que a dor pode ser ligada à morte nós precisamos de outros profissionais para cuidar melhor da dor que é preciso estabelecer vínculos com a família e mostrar que a gente se importa com a dor. Este momento foi muito importante para resgatar o conhecimento dos profissionais, mas mostra que tal conhecimento sobre o tema é muito superficial e limita as ações de saúde que poderiam ser desenvolvidas para minimizar os problemas relacionados à dor dos pacientes e o estresse dos familiares. O segundo momento ocorreu em um único encontro. Neste encontro, foi retomada a discussão do encontro anterior com a categorização de pontos chave que precisariam ser melhor elucidados sobre a temática. Os profissionais decidiram que deveriam saber mais sobre os conceitos de dor e como se dá a dor física e a dor psíquica. Também decidiram que deveriam saber quais as melhores formas de avaliação da dor e as formas de tratamento existentes, inclusive as formas não convencionais. O terceiro momento ocorreu em cinco

encontros de duas horas cada. Este foi um período de teorização, no qual foram discutidos com o grupo os conceitos mais atuais sobre o tema. Por se tratar de equipes multiprofissionais, pois havia enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem e psicólogos, este foi um período muito rico na construção de conhecimentos sobre o manejo da dor em todas as suas nuances. Os profissionais avaliaram que tinham pouco conhecimento sobre o tema, sabiam só o superficial e o que era restrito às suas formações, sem conhecer o que os demais profissionais poderiam fazer a respeito. O quarto momento ocorreu em um único encontro. Foi desenvolvida uma prática reflexiva e os profissionais disseram que a participação neste processo foi muito importante para eles. Foi possível perceber que esta prática trouxe contribuições no desempenho das ações de saúde que visam minimizar a dor e o seu impacto para os pacientes e seus familiares. Os profissionais propuseram a construção de um instrumento para avaliação da dor dos pacientes em cuidados domiciliares e outro para avaliar o impacto da dor crônica na vida dos familiares e cuidadores, a fim de sistematizarem suas ações e aumentar a confiabilidade no trabalho da equipe. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como desenvolvimento deste estudo, foi possível compreender a conscientização dos profissionais quanto às questões relacionadas ao manejo da dor em pacientes atendidos na atenção básica. O arco da problematização utilizado nesta prática privilegiou a ação dos profissionais, tornando-os protagonistas do processo educativo e favorecendo uma aumento da conscientização sobre o problema. Os profissionais ficaram motivados a continuar estudando sobre o assunto e agregar novos processos de trabalho para sistematizar a assistência em saúde dos pacientes que sentem dor.

CONTRIBUIÇÕES DA APRENDIZAGEM COLABORATIVA NA EAD: ENFOQUE NO PROFESSOR, TUTOR E ALUNO

Luciana de Paula Miranda, Leila Conceição de Paula Miranda

Palavras-chave: Aprendizagem colaborativa, educação à distância

APRESENTAÇÃO: Segundo Brasil (2005) a educação à distância (EaD) é uma modalidade educacional na qual a mediação didático - pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. Os ambientes virtuais de colaboração e aprendizagem constituem uma densa rede de inter-relações entre pessoas, práticas, valores, hábitos, crenças e tecnologias em um contexto de aprendizagem, formando uma ecologia da informação (NARDI, 1999). No ensino à distância o aluno é o centro do processo de aprendizagem e deve ser levado a desenvolver habilidades para o trabalho independente, para a tomada de decisões e esforço autorresponsável; o professor deve desenvolver no aluno a capacidade de selecionar informações, de refletir e decidir por si mesmo. É preciso lembrar que o professor deve ser, antes de qualquer coisa, um eterno estudante, pois não é o dono do conhecimento, ele é, sim, melhor conhecedor dos caminhos que levam a esse conhecimento (CHERMANN E BONINI, 2000). Para Delors (2001) o professor deve estabelecer uma nova relação com quem está aprendendo, passar do papel de 'solista' ao de 'acompanhante', tornando-se não mais alguém que transmite conhecimentos, mas aquele que ajuda os seus alunos a encontrar, organizar e gerir o saber, guiando, mas não modelando os espíritos,

e demonstrando grande firmeza quanto aos valores fundamentais que devem orientar toda a vida. Com relação ao tutor, Araújo e Figueiredo (2009), afirmam que ele é a figura responsável pela incessante comunicação que encadeia o processo de ensino e aprendizagem. Belloni (2003) destaca que o tutor deve ter a capacidade para interagir com os conteúdos e com o material didático disponibilizado e dinamizado durante um curso à distância, utilizar-se de estratégias de orientação, realizar as intervenções didáticas com a frequência necessária e ter disponibilidade para estimular a autonomia e a emancipação do aluno. Tendo em vista a expansão da tecnologia, voltada ao contexto educacional no mundo contemporâneo, torna-se de extrema relevância estudar o processo de ensino-aprendizagem envolvido nestes ambientes virtuais. Portanto este estudo trata-se de uma pesquisa que buscou verificar quais as contribuições da aprendizagem colaborativa para a Educação à Distância (EaD) enfocando o professor, tutor e aluno, como principais atores envolvidos neste processo. O objetivo geral consistiu em identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. Os objetivos específicos buscaram-se identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o professor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o tutor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. DESENVOLVIMENTO: A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, retrospectiva,

compreendendo os meses entre Abril e Julho, do ano de 2013. Para levantamento dos dados bibliográficos foi considerado o período entre 1996 e 2013, ano este de finalização do trabalho. A busca pelos referenciais teóricos foi realizada pela internet, através de artigos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Embora existam estudos que abordem a temática da EAD no Brasil, quando se fala em contribuições da aprendizagem colaborativa, enfocando os diversos sujeitos envolvidos no processo (professor, tutor e aluno), percebe-se que esse tema ainda é pouco estudado. Verificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino aprendizagem em ambientes virtuais tornam-se importante, pois assim, foi possível entender que o processo de ensino aprendizagem constitui-se num saber coletivo, onde cada sujeito tem seu papel muito bem definido quando se trata de ensino à distância. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A modalidade de EaD ganha, a cada dia, mais espaço com o reflexo dos benefícios do uso da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na educação e as mudanças significativas nas estratégias de ensino aprendizagem. O momento é de transformação na educação e trabalhar com as tecnologias e com as novas propostas contribui para a criação de um novo momento, rompendo com metodologias tradicionais e instrucionistas (RODRIGUES E CAPELLINI, 2012). Conclui-se, com este estudo, que o ambiente de aprendizagem colaborativa favorece o processo de ensino aprendizagem do grupo, possibilitando a troca de saberes, o interacionismo e a capacidade criativa e autônoma dos envolvidos.

CRENÇAS E PRÁTICAS DE EDUCADORES NA SAÚDE INFANTIL: UM ESTADO DA ARTE

Andréa Leite de Alencar, Ana Cely Sousa Coelho, Brenda dos Santos Coutinho, Andreza Dantas Ribeiro, Iani Dias Lauer-Leite, Wanessa Hellen Serrão Moura

Palavras-chave: crenças-e-práticas, saúde-escolar, educação-infantil

APRESENTAÇÃO: O plano nacional de educação (PNE) estabeleceu objetivos para a garantia do direito a educação básica com qualidade. Segundo dados do Observatório do PNE, de 2012, o Brasil possui 23,5% de crianças de 0 a 3 anos e 82,2% de 4 a 5 anos na escola, despontando o que antes era de responsabilidade exclusiva das famílias agora é comum e parte significativa das funções dos professores. Para que as crianças disponham de seus direitos na educação infantil é válido que os educadores, além do compromisso com o desenvolvimento e aprendizagem, gere o diálogo com a saúde, sendo necessária a reflexão crítica sobre as informações que possuem sobre o processo saúde-doença das crianças brasileiras, para isso, a qualidade na formação desse profissional é indispensável. Deste modo, este estudo objetiva analisar as crenças e práticas dos profissionais da educação infantil na creche e pré-escola referente à promoção e prevenção em saúde a partir de publicações científicas das diversas áreas que abrangem o tema, pertencentes à literatura nacional para a identificação do pensar dos educadores brasileiros acerca desta questão. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com o emprego do método da revisão integrativa, que possibilita agrupar as temáticas e os resultados obtidos nos estudos que trabalham o assunto. A revisão integrativa pressupõe fases que

devem ser obedecidas para a elaboração da mesma, o estudo adotou essas etapas para a sua construção. O questionamento de base do trabalho foi: Quais as crenças e práticas docentes na educação infantil sobre a promoção e prevenção em saúde no ambiente escolar? Para o levantamento dos artigos na literatura, procedeu-se com a busca na Biblioteca virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados, para a seleção dos artigos, os seguintes descritores: “crenças e práticas”, “saúde escolar”, “educadores infantis”, “educação nutricional”, “saúde na creche”, “ações educativas” e “higiene na escola”. Os critérios de inclusão definidos para a escolha dos artigos foram: artigos publicados em português na íntegra, que retratassem o assunto referente à revisão integrativa, publicados nas bases de dados selecionadas, que contivessem em seus títulos e/ou resumos os descritores supracitados e disponibilizassem o acesso completo online, entre os anos 2000 e 2015. A partir da escolha dos critérios de pesquisa, foram eleitos 23 artigos que se enquadravam no estudo, atentando para as duplicações nas bases de dados, porém após a leitura minuciosa, 14 artigos compuseram a amostra final. A análise compreendeu a leitura e releitura dos artigos, e posterior preenchimento do instrumento de coleta dos dados. Em seguida, as produções foram organizadas pela similaridade de conteúdo com conformação empírica, estabelecendo-se duas categorias. RESULTADOS: A partir da definição dos critérios de inclusão, a estrutura de análise foi composta por dados inteiramente nacionais, com a seleção de 14 artigos, sendo 12 indexados exclusivamente na base de dados LILACS e 2 encontrados em ambas, LILACS e BDENF. Os anos de 2008 e 2013 foram os de maior contribuição para o estudo, correspondendo a 21,43% cada.

Os periódicos de maior aporte, satisfazendo 57,14% do total foram: A Revista de Ciência e Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, Revista de Nutrição e a Revista Mineira de Enfermagem, cada uma concebendo 14,28% da amostra. Em relação à formação profissional dos autores, a enfermagem teve a maior representatividade com seis (42,86%) estudos. A partir da leitura das pesquisas foram estabelecidas duas categorias empíricas: Os Educadores e a saúde infantil e a capacitação do profissional da educação infantil em saúde. A maioria dos estudos abordados revela que as professoras de educação infantil não atribuem a promoção à saúde das crianças como uma responsabilidade, muitas vezes, conferindo à totalidade do encargo, somente aos pais, em especial as mães, ou não consideram a instituição de ensino como o principal meio de obtenção de informações sobre a saúde, aferindo o adoecimento das crianças a causas exteriores a creche ou pré-escola, resistindo em relação à avaliação do seu trabalho. Outras adotam uma atitude de aceitação ou conformismo em relação a alguns acontecimentos na infância, admitindo que estes sejam decorrentes das fases de crescimento e desenvolvimento, assinaladas por descobertas. Porém, alguns estudos mostram que as educadoras consideram as atividades que vislumbrem a saúde da criança importante, como por exemplo, estarem vigilantes para a prevenção de acidentes domésticos, inserir na dieta das crianças uma alimentação saudável diversificada, com o consumo de frutas, legumes, verduras, atuar como um modelo social (teacher modeling) para as crianças durante as refeições e lanches. Entretanto, alguns confiam esta ação aos profissionais de saúde ou, então não cogitam realizar atividades educativas por relatarem a falta de condição do ambiente de trabalho. Alguns estudos mostram que

os profissionais da educação, também expõem a seriedade de orientar e educar as crianças, seja no dia-a-dia ou através do lúdico, utilizando recursos como fantoches, desenhos e peças teatrais para promover saúde. Considerando o exposto, esses profissionais devem ser “conscientizados” do papel que desempenham como sujeitos ativos desse processo, pois é observada uma maior aderência dos educadores quanto à função de professor e da escola na promoção de hábitos saudáveis, quando alertados sobre a sua estima. Nos artigos analisados, também foi levantado que os profissionais carecem da orientação básica para melhor desenvolverem os trabalhos que fazem com a criança e, são conscientes de que, somente a vivência com os seus próprios filhos ou no cotidiano com o grupo infantil é que lhes dá um pouco mais de conhecimento, nesse caso, o empírico e senso comum. Sendo observada a deficiência no conhecimento das profissionais de educação infantil nas pesquisas é relevante a capacitação, para atingir um grau plausível de atenção à criança usuária de creche e pré-escola. Devendo ser incluído no currículo desses profissionais, tanto na formação, quanto na educação continuada, às múltiplas especificidades que possam interferir na saúde da criança, tendo os profissionais da saúde uma meta de oferecer uma parceria coadunada em princípios e ações com os do setor da educação, compartilhando a sua prática de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de natureza qualitativa, nos anos de 2008 e 2013, com a maior participação da enfermagem. As categorias empíricas levantadas são complementares e mostra a principal abordagem dos estudos, a primeira reflete a crença da ausência de responsabilidade quanto à promoção da saúde infantil pelos profissionais e a resistência relacionada à avaliação do seu trabalho. A segunda mostra a prevalência

do conhecimento empírico ou do senso comum na tomada de decisões por estes profissionais, ressaltando a necessidade do trabalho entre a saúde e a educação e a capacitação do professor na promoção e prevenção em saúde infantil.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA FORMAÇÃO DOCENTE COM USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO FRENTE À MISSÃO FORMATIVA DO CEFOPE/RN

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Palavras-chave: formação docente, qualidade social, cefope-rn

Apresentação: Os trabalhadores de nível médio representam um contingente importante numericamente no sistema de saúde, configurando-se em mais da metade dos trabalhadores da área. As Escolas Técnicas do SUS - ETSUS são instituições públicas formadoras dos trabalhadores de nível médio, atendendo aos objetivos do SUS, possuindo a capacidade de descentralizar seus cursos, mantendo os processos administrativos centralizados. Para isso, utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificam pedagogicamente os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores. Além disso, as ETSUS adequam seus currículos ao contexto regional, tendo como modelo pedagógico a integração ensino-serviço, além do trabalho e a pesquisa como princípios educativos. Para inserir-se na docência das ETSUS, os profissionais de nível superior dos serviços participam de um processo de capacitação pedagógica que são ofertadas exatamente porque o profissional do serviço ao exercer a docência nas ETSUS, muitas vezes não possui formação específica, além de possuir vínculo precário com as

escolas, falta de tempo para estar na sala de aula, devido as jornadas exaustivas de trabalho, e para participar dos momentos presenciais nos cursos de capacitação pedagógica. Diante destas dificuldades, a descentralização dos cursos faz com que o docente fique mais distante da sede da Escola, onde acontece a capacitação pedagógica impedindo sua participação em todos os momentos presenciais, dificultando ainda mais o exercício de suas atribuições como professor. Diante do desafio de ser professor é necessário promover a formação que qualifique este profissional para o exercício em sala de aula e fora dela, podendo utilizar-se das Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC, de modo que possa assumir a missão formativa que tem o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza – CEFOPE e o seu compromisso ético-político de realizar a formação de trabalhadores da saúde críticos, reflexivos e criativos, capazes de contribuir para a transformação da realidade na qual vive e atua. Desenvolvimento: Este estudo se propõe a identificar critérios de qualidade para a formação deste docente com utilização das TIC no processo educacional, inclusive a distância, frente a missão formativa do CEFOPE, que é “contribuir para a ordenação da educação profissional em saúde através da formação inicial, continuada e técnica de nível médio, visando o desenvolvimento integral do cidadão e a qualidade da assistência prestada à população”. Assim, considerando o que já foi exposto, a questão que norteia este estudo é a seguinte: Quais são os critérios que agregam qualidade em formação docente mediada por TIC na perspectiva da missão formativa do CEFOPE? Diante da questão norteadora deste estudo que aponta para o seu objetivo geral - identificar critérios de qualidade para cursos de formação docente com a utilização das TIC - fizemos a opção

de desenvolver uma análise de abordagem qualitativa, que considerará a importância da compreensão da dinâmica das relações sociais, presentes tanto nos processos formativos como nas regulamentações legais referente à EAD, Educação Profissional e Formação de Professores, e que representam a base empírica deste estudo exploratório. Resultados: Este estudo está em desenvolvimento e os resultados serão apresentados brevemente. Conclusões: Cada vez mais necessitamos de práticas de formação docente que prime pela qualidade e busque uma formação que esteja de encontro com o Sistema único de Saúde e suas necessidades. O profissional da saúde precisa estar preparado para o enfrentamento da sala de aula com qualidade social e compromisso.

CUIDANDO DO CUIDADOR: UM APRENDIZADO NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Pedro Marinho dos Santos Junior, Andréa do Nascimento Serpa Rodrigues, Ana Cristina Martins Uchoa Lopes, Mayrla Diniz Bezerra

Palavras-chave: Educação Profissional, Autocuidado, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Ampliar a dimensão do autocuidado no cotidiano do trabalho em saúde é um desafio constante para a integração entre técnica e humanização. O presente trabalho surgiu do encontro entre duas práticas educativas: O Curso Técnico de Enfermagem e a Residência Integrada em Saúde, ambos oriundos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Relata a experiência da prática cuidando do cuidador, realizada com a equipe do Curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará. A Residência Integrada em Saúde configura-se em modalidade de especialização Lato Sensu

para a formação em serviço de profissionais aptos para a atuação nos diversos cenários e metodologias propostas pelo Sistema Único de Saúde. O Curso Técnico de Enfermagem faz parte da Política Nacional de Educação Permanente e do Programa de Formação de Trabalhadores de Nível Médio para Saúde (PROFAPS) e contribui de forma direta para as configurações da rede de saúde e as ações na atenção básica. Realizado por meio da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS), através da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) em parceria com a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA), possui como público alvo auxiliares de Enfermagem com atuação no SUS. Com uma carga horária de 1.200 horas divididas entre teoria e prática nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial. O Curso Técnico em Enfermagem utiliza como estratégia pedagógica a Metodologia da Problematização como estratégia pedagógica para orientar a construção do conhecimento no contexto da práxis. METODOLOGIA: Realizado em Maranguape, região metropolitana de Fortaleza, capital do Ceará, iniciou as atividades em 31/03/2014 com previsão para finalizar em 15/10/15. Atualmente, com 26 alunos atuando nos campos de estágio curricular obrigatório, todos moradores da região em questão, portanto conhecedores das potencialidades e fragilidades da rede de saúde da região. No cenário de práticas do CAPS ad em Maranguape, essas duas modalidades de ensino e aprendizagem se encontram. O artigo relata a experiência da prática cuidando do cuidador com alunos do curso Técnico em Enfermagem, de forma integrada entre Educação Profissional em Saúde e Residência Integrada em Saúde, nos meses de junho e agosto de 2015. A importância do trabalho integrado entre as duas equipes, reside no fortalecimento

da rede de atenção psicossocial (RAPS), do próprio território, que encontra nas alunas do curso técnico o perfil conjunto de moradoras da região e profissionais da saúde (agentes comunitárias de saúde, agentes de endemias), que buscam ampliar suas qualificações profissionais e conhecem as demandas territoriais de onde habitam. Outra questão relevante das ações da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará é a perspectiva da interiorização do SUS em suas práticas de assistência, transformação cultural, formação de lideranças políticas e construção de cidadania através da saúde. Durante o percurso formativo, a equipe passou pela vivência do serviço no CAPS ad em Maranguape, onde foi convidada para participar de momentos em cuidados psicossociais, no qual as Enfermeiras tutoras da equipe e o residente em Terapia Ocupacional participaram como facilitadores das atividades. No primeiro momento uma roda de conversa sobre saúde mental do trabalhador é problematizada. O trabalho da equipe Técnica de Enfermagem é vital para a concretização do Sistema Único de Saúde, no entanto do ponto de vista da Saúde Mental, o cotidiano imerso no estresse ocupacional, nas relações sociais desses profissionais com os usuários e demais trabalhadores em saúde, além da cinética ocupacional de seus procedimentos técnicos, ocasiona sobrecarga psicofísica cumulativa. Com o tempo, a rotina se instala em um processo de produção de saúde no qual o corpo do profissional tende a ser percebido enquanto máquina. Essa lógica da produção fabril, representada nos momentos de aprendizagens, surge no gestual de anotar, mensurar, decorar os procedimentos, protocolos ou surge na fala de uma das participantes ao dizer que “esquece de si” quando entra na rotina do trabalho. Momentos do cuidar de si podem contribuir para a sensibilização de outras possibilidades de entender o

corpo no cotidiano profissional. No grupo, falar sobre essa sobrecarga abre espaço para outras aprendizagens e convivências. Reconhecer as próprias dificuldades no outro contribui para a humanização das relações profissionais. O diálogo sobre as questões de sobrecarga emocional emerge como elementos reconhecíveis no cotidiano laborativo. Em seguida, as Práticas Integrativas e Complementares e práticas da Educação Popular em Saúde foram utilizadas por meio das Práticas Corporais e da dialogicidade sobre a questão do cuidar de si para cuidar do outro. RESULTADOS: Trabalhos com técnicas respiratórias, musicalização, relaxação muscular progressiva e shiatsu, foram algumas técnicas utilizadas. O momento de cuidado psicossocial surge como novidade e espaço potencializador de reflexões sobre a saúde mental do trabalhador em saúde, enquanto elemento básico do seu processo formativo e de atuação profissional. O grupo trouxe para as vivências concepções pessoais sobre religiosidade, processos de saúde e doença, sofrimento psíquico no cotidiano e suas práticas de autocuidado, identificadas nas atividades de lazer. Quando problematizada a questão do cuidar de si através de métodos e técnicas específicas, realização do acolhimento, escuta e potencialização, apenas 5 participantes relataram a busca por estratégias para lidar com o estresse diário com objetivos de melhorar o cuidado com os usuários do SUS. No entanto todos os participantes reconheceram elementos do estresse laboral presente em suas práticas de Enfermagem. Dificuldades de caráter religioso sobre as práticas em saúde forma colocadas por alguns participantes. O orientalismo sugerido como ação contra as doutrinas de alguns participantes foi contornado com breves contextualizações a respeito do funcionamento das técnicas e proximidade com o universo cultural das religiões de matrizes cristãs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A percepção dos participantes trabalhadores e usuários do próprio Sistema Único de Saúde foi a última questão abordada. Ponto fundamental para o entendimento de um sistema que se concretiza em cada processo de cuidado produzido e consumido no ato de cuidar de si e do outro. As vivências podem possibilitar a sensibilização para a percepção do corpo e do cotidiano como espaços necessitados de cuidados. Também foi possível realizar intervenções direcionadas para o entendimento do corpo como primeira ferramenta de atuação em saúde, porém não como corpo máquina, mas, enquanto organismo integrado com o meio que necessita de cuidados e afetividades potentes para a construção de redes solidárias em saúde.

CURSOS OFERTADOS PELO CANAL MINAS SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES EM TRÊS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Lizziane D' Ávila Pereira, Roseni Rosângela Sena, Kênia Lara Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho, Atenção Primária

Este estudo analisa a percepção dos profissionais de saúde e gestores municipais que atuam na atenção primária sobre a contribuição dos cursos realizados pelo Canal Minas Saúde no seu processo de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia proposta pelo governo federal para a recomposição das práticas da formação, da formulação de políticas e controle social no setor da saúde, instituída em 2004 e reformulada em 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.9961,2.

O foco do estudo aqui apresentado recaiu sobre o Canal Minas Saúde, criado em 2008, como uma ferramenta do sistema estadual de saúde utilizada para oferta de cursos, na modalidade a distância, para apoio à operacionalização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando implementar o Programa de Educação Permanente a Distância (PEPD). Trata-se de uma rede multimídia, que associa a tecnologia televisiva à tecnologia de informática para oferta das estratégias educacionais³. Para realização do estudo, optou-se pela abordagem qualitativa e a metodologia descritivo-exploratória, com orientação teórico-metodológica da dialética. O cenário do estudo foi composto pelos municípios de Montes Claros, Juiz de Fora e Uberlândia, por serem os municípios mineiros que possuem o maior número de trabalhadores certificados nos cursos realizados pelo Canal Minas, no período de 2011 a 2013, conforme a base de dados disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foi excluído o município de Belo Horizonte por contar com uma proposta própria de educação permanente, o que poderia interferir na análise dos dados, uma vez que a proposta era obter uma percepção geral dos profissionais e gestores municipais sobre os cursos ofertados pelo Canal Minas Saúde. Os participantes foram 39 profissionais que atuam nas equipes de atenção primária dos três municípios que constituem o cenário do estudo e três representantes da gestão municipal. Como critério de inclusão para os profissionais que atuam nas equipes de atenção primária, considerou-se os profissionais certificados no mínimo em três cursos realizados pelo Canal Minas Saúde entre 2011 e 2013, cujo público-alvo envolvia profissionais que atuam na atenção primária; registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vinculado a estabelecimentos cujo tipo seja posto de saúde, centro de saúde/

unidade de saúde, unidade mista; fazer parte da categoria profissional elencada na Política Nacional de Atenção Básica como pertencente à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família e estar atuando em algum dos três municípios cenário. O atendimento aos critérios de inclusão foi identificado inicialmente pela análise do banco de dados do Canal Minas Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no mês de maio de 2014, identificando 65 potenciais participantes. Destes, foram excluídos os participantes que: não aceitaram participar da pesquisa (cinco) que, no momento da entrevista, não estavam atuando nos municípios (oito) em estabelecimentos vinculados à atenção primária (quatro) ou estavam afastados do serviço, por motivo de férias (um) ou de licença médica (seis), além dos três que participaram do pré-teste. O critério de escolha dos representantes da gestão foi a vinculação com a atenção primária e a disponibilidade para participação do estudo. Os dados foram coletados nos meses de junho, julho e setembro de 2014 por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado, com duração aproximada de 20 minutos. A transcrição das entrevistas e a análise do material foram realizadas pela pesquisadora e os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, seguindo-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados/inferências e interpretação⁴. Em todas as etapas da realização desse estudo, foi considerada a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁵. Da análise, emergiram as categorias empíricas: 'Interesse pela capacitação', 'Necessidade de qualificar o trabalho', 'Vivências na prática', 'Melhorando o curso' e 'A gestão nos processos de capacitação pelo Canal Minas Saúde e de Educação Permanente'. A análise dos dados, na primeira categoria, evidenciou os aspectos vinculados à realização dos cursos

pelos profissionais que atuam na atenção primária. Foi possível apreender aspectos que facilitaram a participação, como a busca pela ampliação dos conhecimentos e aperfeiçoamento profissional e as vantagens da modalidade a distância. Contudo, os profissionais reconhecem que aspectos relacionados à forma de oferta podem interferir de forma favorável ou não na participação. Na segunda categoria, foi revelada a possibilidade dos conhecimentos teórico-técnicos proporcionados pelos cursos contribuírem com a prática e vice-versa. Evidenciou-se a importância de os profissionais de saúde estarem motivados para aprender e do envolvimento profissional dos demais colegas de trabalho, potencializando o trabalho em equipe. Os participantes reconhecem os limites impostos pelas diversidades do território de atuação, especialmente os aspectos relacionados ao suporte da gestão. Na terceira categoria, evidenciaram-se as situações relatadas pelos participantes do estudo como exemplificadoras da apreensão do conhecimento e transformação da prática. A análise dos dados revelou que em sua maioria a incorporação do conhecimento se dá de forma mais individual e pontual, vinculados aos ciclos de vida e principais condições de saúde. Os participantes também mencionam as tentativas para a articulação ensino e serviço, mas insuficiente para impactar a qualidade do cuidado. Na quarta categoria, foi possível conhecer as sugestões dos participantes do estudo na oferta dos cursos pelo Canal Minas Saúde no intuito do mesmo contribuir para a transformação da prática para a qualificação da produção do cuidado. Foram verificados aspectos vinculados à ampliação da oferta dos cursos, tanto em relação a temas como aprofundamento e atualização dos conteúdos, desenvolvimento de estratégias para favorecer a participação, valorizando o trabalho e os trabalhadores e a proposta metodológica que possibilite

um processo formativo mais significativo e efetivo. Na quinta categoria foi possível conhecer as percepções dos profissionais que atuam na gestão municipal acerca dos cursos ofertados pelo Canal Minas Saúde, revelando o reconhecimento dos avanços proporcionados por esta ferramenta na realização de práticas educacionais, contudo a necessidade de avançar numa oferta mais sinérgica com as necessidades do território para que se insira de fato na política municipal sem gerar ações concorrentes e prejuízos na organização da assistência. Conclui-se que a oferta de cursos pelo Canal Minas Saúde requer incorporar os pressupostos da educação permanente em saúde para viabilizar a comunicação entre os diversos profissionais e possibilitar a articulação dos saberes necessários à transformação da prática.

DA SENDIBILIZAÇÃO A REFLEXÃO: A IMPORTÂNCIA DA TANATOLOGIA NOS CURRÍCULOS EM ENFERMAGEM

Layla Oliveira Campos Leite Machado, Márcia Maria de Medeiros, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Tanatologia, Acadêmicos de enfermagem, Currículo

INTRODUÇÃO: Pode-se afirmar que a forma de morrer contemporaneamente é diferente da experimentada em tempos passados, não morremos mais em casa, rodeados por familiares ou amigos, geralmente as mortes são constatadas em um ambiente hospitalar, onde não há espaço para cerimônias ou rituais subjetivos (MEDEIROS, 2008). O número de tarefas dos profissionais de enfermagem e alto fluxo de rotatividade dos leitos hospitalares cercam a morte de eventos mecanicistas, que causam embaraço e desconforto para esta categoria profissional. A relação que cada sujeito tem com a morte é única, não

tendo o mesmo significado para todos, o inquietante sentido que este fenômeno possui é visível. O pavor, o luto coletivo, os tabus, e até mesmo considerá-la um assunto interdito, são reações comuns quando esta temática se aproxima da realidade das pessoas. As subjetividades criam diferentes formas para lidar com a finitude o que implica diretamente na atuação dos profissionais de saúde que tem em seu cotidiano profissional um compromisso com a vida de seus pacientes, e lidar com o risco de morte pode tornar-se um momento difícil e delicado, originando um presságio de culpa, medo e até mesmo conturbação. No contexto da Tanatologia, o ser humano frente ao processo morte/morrer não deve estar relacionado com uma traqueostomia a ser aspirada, um acesso a ser puncionado, ou uma sonda a ser inserida (SANTOS, 2014). Dessa forma, esta afirmativa torna perceptível a carência de conhecimentos a respeito do processo morte/morrer por parte dos profissionais de enfermagem, tornando a assistência de enfermagem limitada (SHIMIZU, 2007). OBJETIVO: Evidenciar a importância da Tanatologia para os currículos em enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de característica descritiva, exploratório, iniciado por meio de pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca da literatura nas bases de dados SciELO, Medline, Lilacs, em bancos de teses e dissertações e em livros, que tratassem sobre os temas: Tanatologia, estudantes de enfermagem, educação em enfermagem. Os artigos utilizados foram publicados no período de 2001 a 2015. RESULTADOS: O episódio decisivo na relação com a morte não é o processo biológico existente, mas sim, a reflexão de que somos finitos e que ela chegará a todos. Os cursos da área da saúde, principalmente os de Enfermagem, tem se apropriado de um perfil mais humanista, exigência proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, porém, algumas brechas ainda dão margem

para que essa teoria humanista não seja exercida em seu êxito. Neste sentido temos o vislumbre das aulas de Anatomia, que ocorre logo ao primeiro ano da grade curricular do curso de Enfermagem, onde neste primeiro encontro com o universo do profissional enfermeiro, um cadáver, ou uma peça anatômica, caracterizado pela retirada de identidade humana, quando posicionado frente ao aprendiz. Este momento é de grande anseio e conflitos de emoções, inúmeros pensamentos são alavancados pelos acadêmicos de enfermagem, porém quase nenhum sentimento é discutido neste momento, já que a finalidade das aulas de anatomia são totalmente direcionadas a um espaço baseado no processo de ensino aprendizagem. Este é um de seus primeiros contatos com a vida profissional, o que pode gerar uma reprodução em múltiplos âmbitos, causando conflitos e desconforto pessoal. A fragmentação do ensino em disciplinas que acabam por transpor o corpo (o futuro paciente) em células, tecidos e sistemas, contribui para um fator de risco eminente, a dessensibilização dos futuros profissionais em relação à questão do processo morte e morrer. Outro fator que é considerável neste contexto, refere-se à formação dos profissionais de saúde, que fortalecem a ideia da realização de um trabalho visando à promoção, recuperação e a preservação da vida, destituindo-os da competência para lidar com a morte e com o morrer de forma mais reflexiva. Ainda existem muitas questões sobre o processo de morte e morrer e sua relação direta com o processo de formação dos acadêmicos de enfermagem, observando que a abordagem dessa temática é rápida e superficial na graduação. A forma com que as Instituições de Ensino Superior deveriam aprofundar as competências e habilidades desenvolvidas pelos graduandos sobre o processo de morte/morrer tem sido amena, se não diminuta (OLIVEIRA, 2007). Norbert Elias (2001) preconiza que a morte não

é terrível, passa-se ao sono e o mundo se finda, afirmando que o homem é o único ser vivo que tem certeza que morrerá. Em outra circunstância, também discorre que há uma tendência ao crédito da imortalidade, apartando-se da ideologia da morte, justificado pelo evento tecnológico avançado no tratamento e prevenção de doenças. Podemos dizer que esse quadro sofreu uma alteração quando do surgimento da Tanatologia, criada pela psiquiatra norte-americana Elisabeth Kubler-Ross. A Tanatologia nasceu na década de 60 e trouxe grande mudança na área interdisciplinar, propondo o alavancar e o conscientizar sobre o tema morte junto ao público mundial (KOVACS, 2008). Esta área do conhecimento tem como objetivo humanizar as relações no momento da morte. Fica claro que a morte não tem o mesmo significado para todos, e as tensões provocadas no momento que ela ocorre podem ser divergentes, caminhando desde a raiva, a tristeza, a barganha, a negação, entre outros (SANTOS, 2009). O preparo dos acadêmicos de enfermagem para lidá-lo com a morte é imprescindível, no entanto, salienta-se que somente a criação de disciplinas remetidas ao processo de morte ou ao morrer, como a Tanatologia, não seria totalmente resolutive, sem que haja o comprometimento do trabalho interdisciplinar, envolvendo todos os docentes de enfermagem, já que a maioria assume a docência em campo prático com os discentes. A morte é fato no cotidiano profissional da saúde, porém vários estudos realizados com docentes de enfermagem demonstram a fragilidade quanto ao enfrentamento da morte por parte dos enfermeiros. Tal fato foi observado em outra pesquisa com enfermeiros docentes da UTI, que atestou que a morte de pacientes durante o estágio supervisionado, provoca bloqueios quanto ao ocorrido, gerando sentimento de responsabilidade e insegurança do educando frente ao

fenômeno da finitude humana (GUEDES, OHARA e SILVA, 2008). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim sendo, podemos refletir que na graduação de enfermagem se tem efetivo preparo curricular para meios tecnológicos e tipos de assistências para cura ou tratamentos de enfermidades, voltada à defesa da vida, mas não para lidar com os cuidados relativos à morte. Neste cenário compete ao educador uma abordagem multifatorial, educando para a descoberta de valores morais e éticos diante do cenário do processo morte/morrer. Assim, a Tanatologia, quando apresentada aos acadêmicos de enfermagem de forma prenunciada contribuirá positivamente para melhor prestação de cuidados ao paciente no processo de morte/morrer. Dessa forma, espera-se que ocorra junto aos acadêmicos de enfermagem maior sensibilização em relação ao fenômeno da morte e conseqüente humanização da sua prática no trato com pacientes que estejam fora das possibilidades de cura terapêutica, sendo possível formar profissionais que sejam capazes de assistir tanto a vida quanto a morte. É indispensável contribuir para o crescimento do conhecimento através da aprendizagem significativa sobre o tema Tanatologia, positivando a consciência acadêmica sobre o processo tanatológico.

DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS, ATITUDES E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES DE BODOQUENA/ MS

Flávia Gida Zanetti, Mara Lisiane Santos, Vera Lucia Kodjaoglanian

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Alimentação Saudável, Conhecimento e Atitudes

APRESENTAÇÃO: O Diabetes mellitus (DM) vem se destacando no cenário das doenças contemporâneas, considerada como uma

das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCTN) mais comuns, com grande impacto na saúde pública. Caracterizado como uma síndrome de etiologia múltipla, o Diabetes Mellitus apresenta hiperglicemia crônica e distúrbios metabólicos de carboidratos, em decorrência da alteração da ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O aumento da incidência de casos das DCNT está fortemente relacionado ao estilo de vida, influenciados por padrões de consumo não saudáveis, como a industrialização, a mecanização da produção e a urbanização. No Brasil em 2013, 6,2% da população brasileira de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas. O diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus auxilia na prevenção ou no retardamento das complicações da doença, juntamente com uma conduta e adesão terapêutica adequada. Podemos definir a adesão terapêutica como o grau que o paciente incorpora as instruções veiculadas por um profissional da saúde em relação a medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilo de vida. Vale ressaltar que a terapia nutricional é um importante fator na conduta terapêutica, o qual proporciona mudanças de hábitos alimentares dos portadores da doença, com intuito de evitar o descontrole metabólico e o aparecimento de complicações grave da doença e/ou o controle das mesmas. É de fundamental importância o envolvimento do indivíduo neste processo de adesão terapêutica como agente ativo, considerando seus hábitos alimentares anteriores, uma vez que estes são reflexos de suas origens culturais, regionais e são profundamente influenciados pelo poder aquisitivo do indivíduo. O conhecimento técnico sobre as melhores opções alimentares para quadro clínico não indica a correta adesão do diabético ao tratamento, porém funciona como um instrumento propulsor de

mudanças, quando a interesse. O presente estudo teve o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de Diabetes Mellitus, buscando analisar os conhecimentos e atitudes sobre a patologia e hábitos alimentares praticados pelos diabéticos do município de Bodoquena. Com intuito de entender a baixa adesão terapêutica que refletem no alto custo para a saúde pública e a baixa resolubilidade das ações educativas. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa seccional, que irá buscar compreender o conhecimento e atitudes dos indivíduos sobre o Diabetes Mellitus e seus hábitos alimentares. O estudo foi constituído por usuários atendidos, incluídos no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, da rede municipal de saúde de Bodoquena, com diagnóstico de Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2), em atendimento no período de maio a setembro de 2015. Foram excluídos os pacientes que, apesar de preencherem os critérios de inclusão, tenham sua capacidade de comunicação e compreensão prejudicada, pessoas com dificuldade de compreensão e/ou comunicação. A coleta de dados foi realizada nas unidades de Estratégia Saúde da Família - ESF e perante a ausência do usuário portador de diabetes mellitus nos encontros do HIPERDIA, buscou localiza-los através de contato telefônico e visita na residência. O preenchimento do questionário foi realizado pela pesquisadora e por ACS que se disponibilizaram para a aplicação do formulário de forma voluntária, sendo os mesmos capacitados para a execução desta atividade, afim de não prejudicar a veracidade das respostas. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Antecedendo a realização da entrevista, todos os participantes convidados e que

aceitaram ser incluídos como sujeitos, foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem acessível à clientela. A entrevista constitui-se no preenchimento de formulário composto por três blocos. O primeiro bloco refere-se aos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, renda familiar, número de membros da família). O segundo bloco é relativo aos hábitos alimentares praticados pelos usuários (número de refeições, ingestão hídrica, preparo dos alimentos) e uma avaliação qualitativa do consumo alimentar, mediante um questionário de frequência alimentar. O terceiro bloco refere-se aos questionários Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19), ambos os questionários traduzidos e validados no Brasil por Torres; Hortale e Schall (2005). Resultados e/ou impactos A amostra do estudo foi composta por 51 indivíduos, predomínio do sexo feminino (60,8%), com idade média de 58,5 anos (desvio padrão de 14,9 anos), casados ou em união estável (82,4%), com ensino fundamental incompleto (66%), aposentado (35,3%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Residentes em casa própria na área urbana do município, com esposo e filhos e possuindo mais de 3 filhos. Em relação às comorbidades encontrou-se 54,9% dos entrevistados com Diabetes Mellitus possuíam Hipertensão Arterial ou Doenças Cardiovasculares, 35,3% não possui doença associada ao Diabetes Mellitus e 9,8% apresentam outras. Após aplicação e avaliação do questionário de frequência alimentar que apresentavam opções de consumo diário, semanal,

quinzenal, mensal e nunca. Os alimentos com consumo diários mais citados pelos entrevistados foram leite desnatado, biscoito de água e sal, margarina convencional, arroz, pastel, maçã, feijão carioca, alface, carne bovina magra, suco artificial convencional em pó e entre as opções de doce foram citados bala, canjica, arroz doce e doce de leite. Os alimentos mais citados na opção de nunca consumidos, foram iogurte light, biscoito waffer light, maionese light, cereais matinais, empada, pera, soja, espinafre, hambúrguer, suco artificial diet e pirulito. Com relação aos questionários Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19), que buscaram analisar os conhecimentos e atitudes dos usuários entrevistados identificaram-se uma média de 6,14 com desvio padrão de 2,59 para o teste DKN-A e no teste ATT-19, 49 das 51 pessoas (96,1%) obtiveram escore inferior a 70, caracterizando atitudes negativas dos entrevistados perante ao Diabetes Mellitus. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da análise dos questionários de frequência alimentar notou-se que os diabéticos do município de Bodoquena possuem baixo consumo de alimentos light, integrais, diet e frutas, com pouca diversidade entre os alimentos consumidos diariamente. Entre o grupo dos carboidratos destacou-se maior consumo diário de arroz branco, “chipa” ou pão de queijo, pão francês e biscoito e água/sal, considerados de alto índice glicêmico. Verificou-se ainda um consumo diário de frutas e verduras relatado pelos pacientes diabéticos de ambos os sexos, fato positivo, pois, contribui com a ingestão de fibras da dieta e desta forma auxilia o controle da glicemia. Em relação ao teste DKN-A e ATT-19, notou-se uma atitude negativa dos diabéticos perante aos seus conhecimentos e atitude relacionados ao Diabetes Mellitus. Portanto pode se concluir que há

necessidade de se reforçar as orientações nutricionais dos diabéticos, bem como maiores explicações sobre a importância das modificações nos hábitos alimentares inadequados e adesão ao tratamento para o controle da patologia e prevenção das complicações agudas ou crônicas associadas à doença. O processo periódico de educação e o aconselhamento nutricional tornam-se indispensáveis para se alcançar melhores índices de adesão terapêutica, contribuindo assim para melhoria da saúde e qualidade de vida destes pacientes.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DA SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DOS GRUPOS E/OU EMPREENDIMENTOS ECONÔMICOS SOLIDÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA DE SÃO PAULO

Ana Luisa Aranha e Silva, Thais Fernandes Rojas, Ricardo Santoro, Júlia Bazani da Silva, Evelyn Sayeg, Fernanda Braz Tobias de Aguiar, Lucy Aparecida de Oliveira, Heloisa Garcia Claro

Palavras-chave: saúde mental, economia solidária, extensão universitária

Esta pesquisa participante, de corte transversal e de caráter censitário está realizando o Diagnóstico Participativo da situação sócio econômica dos grupos e/ou empreendimentos econômicos solidários da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo. As Redes de Saúde Mental e Economia Solidária são movimentos sociais organizados que têm o objetivo de aumentar o potencial de renda dos trabalhadores que são usuários dos serviços de saúde mental por meio da inclusão produtiva; produzir autonomia, emancipação e exercício da cidadania; reduzir a situação de vulnerabilidade pessoal e social; fomentar a lógica do trabalho cooperado e associado; e resgatar valores da cultura local com formas

sustentáveis de produção. Objetivos da pesquisa: Realizar o diagnóstico da situação sócio econômica dos empreendimentos econômicos solidários da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária do Estado de São Paulo; Aplicar o Instrumento diagnóstico, participativo e socioeconômico nos grupos e/ou empreendimentos participantes do projeto em todas as regiões de abrangência da Rede; Elaborar relatório de sistematização e avaliação dos dados levantados; Elaborar relatório de análise de viabilidade econômica dos grupos e/ou empreendimentos diagnosticados. Métodos: O número corresponde a cerca de 150 projetos de geração de trabalho e renda, oficinas de trabalho ou empreendimentos econômicos solidários vinculados à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, organizada em 07 (sete) regiões do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de Instrumento de Coleta de Dados desenvolvido pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Saúde Mental e Economia Solidária da EEUSP (Anexo). Os dados foram hospedados na Plataforma Google Drive para construção e alimentação do banco de dados e realização de tratamento dos dados pelo Microsoft Excel. A análise dos dados utilizou o Software SPSS, Versão 20.0. A realização do Diagnóstico Participativo da situação socioeconômica dos grupos de geração de trabalho e renda, oficinas de trabalho e/ou empreendimentos econômicos solidários desenvolvidos nos serviços e saúde mental, públicos ou privados, ou independentes, e que são vinculados à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo é uma ação fundamental para o avanço de suas organizações, para a eleição de metas que aperfeiçoem suas atividades econômicas e para o aprimoramento das políticas públicas para o setor. O presente estudo teve início após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP segundo as diretrizes da Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Está em fase de conclusão de coleta dos dados: deadline em 18 de setembro de 2015. Os dados serão apresentados no Congresso da Rede Unida.

DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO DO ESPAÇO EKOBÉ - UECE

Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Vera Lucia de Azevedo Dantas, Mayana Azevedo Dantas, Antonio Edvan Florencio, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Jair Soares Sousa

Palavras-chave: educação popular, graduação, práticas pedagógicas

O Espaço Ekobé - Fortaleza -CE, vem desenvolvendo há aproximadamente 10 anos, ações de cuidado, educação popular transversalizadas pelas linguagens da arte e em um processo de diálogo permanente entre atores e atrizes dos movimentos populares, dos serviços de saúde e da universidade. Neste diálogo tem protagonizado ações de formação em educação popular e práticas populares de cuidado que envolve esse conjunto de atores. Este trabalho objetiva refletir sobre os princípios e práticas pedagógicas que tem sido delineados em sua experiência e as possíveis contribuições para a formação dos estudantes de graduação no contexto da UECE. Para construção desse relato trabalhamos com abordagens metodológicas da educação popular, especialmente o círculo de cultura, a sistematização de experiências e as narrativas autobiográficas dos sujeitos que protagonizaram esses processos. Durante o segundo semestre de 2014 e o ano de 2015, o espaço tem promovido processos formativos relativos à permacultura, Reiki e farmácia viva sempre envolvendo esse conjunto de sujeitos. Os processos

construídos sob a ótica da educação popular estão ancorados principalmente nos círculos de cultura, nas vivências e práticas de cuidado e nas linguagens da arte e com a referência de princípios como o diálogo, a amorosidade e a construção compartilhada do conhecimento. No ano de 2015 o espaço tem acolhido estudantes de graduação dos cursos de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e educação física no contexto de disciplinas em geral articuladas previamente com discussões sobre políticas de saúde, práticas integrativas e complementares e educação popular. Vivenciar essas possibilidades pedagógicas e de cuidado tem propiciado a aproximação de estudantes e professores com outras ações do espaço e a busca desses estudantes para envolvimento via projetos de extensão e pesquisa junto ao espaço, assim como a proposição de outras ações curriculares no espaço ampliado o universo de cursos e de sujeitos que vivenciam suas práticas. Esse diálogo aponta para outras abordagens práticas pedagógicas no contexto da formação

DISPOSITIVOS IDENTIFICADOS NA REGIÃO OESTE DE SAÚDE – SANTA CATARINA FAVORÁVEIS AO FOMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Natalia Hoefle, Maria Elisabeth Kleba, Giselle Mascarello de Oliveira

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Integração ensino serviço, Políticas de saúde

APRESENTAÇÃO: De acordo com a Portaria GM/MS nº 1996/2007 a Educação Permanente é um conceito pedagógico, que implica maior aproximação entre ensino e serviços de saúde, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho. Essa política de formação

deve considerar as especificidades e desigualdades regionais, as necessidades dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007). Deste modo, Ceccim& Feuerwerker (2004), discorrem que cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, analisar e interpretar informações sobre a realidade e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. A noção de quadrilátero na formação em saúde – ensino, gestão, práticas de atenção e controle social – é importante, pois propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para promover mudanças. A Educação Permanente em Saúde (EPS) como dispositivo contribui para disparar processos e produzir inovações para gerar transformações nos sujeitos com capacidade de intervir na realidade e de transformá-la a partir da relação ensino-aprendizagem (FRANCO, 2007). Este estudo objetivou identificar dispositivos existentes que favorecem a educação permanente em saúde na Região Oeste de Santa Catarina. METODOLOGIA: Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Enfermagem, desenvolvido no primeiro semestre de 2014, tendo como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA favorece a busca do conhecimento com vistas a provocar mudanças na realidade, o que requer participação dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa. A PCA, em sua implementação divide-se em cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004). Para coleta de dados foram aplicadas entrevistas aos componentes da câmara técnica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), aos professores representantes das Instituições de Ensino Superior (IES) na CIES, ou que trabalhavam

com a temática de EPS e análise documental dos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios da Região Oeste de Saúde disponíveis na página on-line da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina e das atas das reuniões da CIES no período de 2008 a 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) sob protocolo nº 031/CEP/2014, sendo obtido consentimento livre esclarecido (TCLE) de todos os participantes. RESULTADOS: Os dispositivos encontrados no estudo para a promoção da EPS na Região foram categorizados em três tipos: a) instituídos a partir do Ministério da Saúde para orientar e coordenar a implementação da EPS, como: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a CIES; b) instrumentos de gestão, que instituem a EPS como responsabilidade em nível municipal, como os PMS dos municípios de abrangência da Região Oeste de Saúde; e, c) os programas, projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos pelas IES da Região. Em relação à PNEPS, instituída pela Portaria 1996/2007, constitui-se como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para fortalecer relações entre ensino e o serviço de saúde (BRASIL, 2007). É compreendida pelos participantes como um “dispositivo de crescimento, amadurecimento, de potencialização das pessoas, quando ela é compreendida na sua lógica”. A CIES e CIR, instituídas pela Portaria 1996/2007, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A CIES foi apontada como espaço que favorece a articulação das IES da Região, por meio do qual estas discutem e podem contribuir no processo de EPS, com ações voltadas ao ensino, ao desenvolvimento profissional, ao fortalecimento da gestão e do controle social em saúde. No período do estudo, foi

constatado um processo de reestruturação da CIES na região, sendo manifestada pelos entrevistados a preocupação com o andamento das atividades e com a capacidade das pessoas envolvidas para reinventar a CIES, de maneira criativa. Os entrevistados destacam que “A CIES está ressurgindo das cinzas”, “passamos por um processo de desmobilização por pessoas e instituições e agora estamos retomando novamente a força motriz do que movimenta esta ideia que é a EPS”. Para a consolidação da CIES na Região Oeste de Saúde um dos desafios apontados é a falta de compreensão de alguns gestores membros da CIR, quanto à CIES e suas atribuições: “às vezes a CIR não entende que a CIES é um espaço que não é [simplesmente] subordinado a CIR”, é também um espaço colaborativo. Nesse sentido a CIR entrava o processo de EPS na Região, quando não delibera pauta e tampouco promove espaços para que o assunto seja discutido com os participantes. Em relação aos PMS, instrumento que direciona as políticas de saúde, elencando os compromissos e as prioridades de saúde de cada município (BRASIL, 2009), percebeu-se baixa inserção da EPS. Dos 25 municípios contemplados no estudo, 24 Planos Municipais de Saúde estavam disponíveis na página on-line da SES-SC, mas apenas sete relativos à gestão de 2014/2017 e 17 da gestão 2010/2013. Nos Planos, o tema EPS foi identificado com frequência relacionado aos programas setoriais coordenados pelo Ministério da Saúde, tais como: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde do trabalhador e vigilância em saúde, com o intuito de qualificar a atenção básica. Apenas três municípios têm contemplado em seu PMS um item específico à EPS, na perspectiva de expandir e efetivar os programas de educação continuada e viabilizar atividades de educação permanente junto a CIES. Dos programas, projetos e ações em

desenvolvimento pelas IES: de acordo com a análise das atas da CIES Oeste, ao longo da história da CIES na Região as IES têm sido parceiras no desenvolvimento de ações de educação permanente. Os registros evidenciam que a primeira atividade realizada com recursos da CIES teve como parceira a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), que foi o “Seminário de prevenção da dengue e febre amarela”. Em 2009 e 2010 foram realizados em conjunto com a CIES: o Curso de Urgência e Emergência (Unochapecó); a Oficina para Revisão do Plano de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), mediado por professores da Unochapecó; o curso de Saúde Mental na Atenção Básica desenvolvido pela Unidade Central de Educação Faem Faculdade (Uceff Faculdades). Em 2011 e 2012 foram promovidos: III Seminário de Zoonoses; II Oficina de capacitação sobre animais peçonhentos e plantas tóxicas na Macrorregião do Extremo Oeste II SC; II Seminário de Gestão do Trabalho na Saúde; I Seminário de Educação Permanente em Saúde. Atualmente, muitas das atividades de educação em saúde que vem sendo realizadas pelas IES na região estão ligadas à componentes curriculares dos cursos de Enfermagem e também à projetos de pesquisa e extensão. Estas atividades são pensadas em conjunto com os diferentes sujeitos envolvidos com a realidade do território, buscando-se, desta forma, fortalecer a articulação do ensino com o serviço e a comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Neste estudo identificamos importantes dispositivos e suas influências na Região Oeste de Saúde para o fomento da EPS. Muitas atividades já foram realizadas, mas há muito que avançar para a efetividade da integração ensino-serviço na Região, para o que os gestores assumem papel fundamental em sua construção.

DIVERSIDADE CULTURAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DAS COMUNIDADES RELIGIOSAS DE CULTURA AFRO-BRASILEIRA

Sandra Ceschin Fioravanti

Palavras-chave: Saúde, Doença, Cultura, Religião, Afrobrasileira, Educação

Introdução: Os conceitos de saúde, doença e cuidado são resultados da construção histórica social de diferentes realidades, compõem uma ampla rede de valores, crenças, saberes e práticas de cuidado que são herdados culturalmente. A cultura é percebida como um sistema simbólico, ao qual o homem percebe e interpreta o mundo condicionando os seus diferentes comportamentos em relação à vida. O conceito de cultura tem sido evocado no ensino e no trabalho em saúde, porém explorado de forma superficial. O modelo de saúde hegemônico tem mostrado-se incapaz de atender de forma integral o ser humano diante de sua complexidade, demonstrando a necessidade da criação de novos paradigmas na atenção em saúde. Para a construção de um modelo diferencial que seja capaz de responder melhor as necessidades de saúde de toda uma população, se faz necessário considerar a diversidade cultural presente em toda sociedade. Deste modo se torna relevante reconhecer que o modelo biomédico não é o único sistema de saúde que oferta possibilidades de interpretação do processo de saúde/doença, sendo múltiplos os caminhos em busca de um itinerário terapêutico que traga maior sentido ao adoecimento para a população. As comunidades religiosas de cultura afro-brasileira apresentam-se como importantes espaços de promoção do cuidado e um campo fértil na produção do conhecimento, destacando-se por sua relação com as práticas de cuidado

com o corpo e a saúde à partir de suas concepções mágico-religiosas. Possibilitam através do seu sistema de crença múltiplas escolhas para uma abordagem em saúde mais integrativa. Possuem um modelo de atenção estruturado em valores tradicionais que contribuem de forma relevante para a compreensão da cultura relacionado ao processo de saúde/doença. As práticas de cuidado oferecidas nessas comunidades se dão por uma variedade de recursos naturais, como a fitoterapia e o toque sensível, revelando-se como mais um recurso entre as diversas opções dentro do pluralismo terapêutico brasileiro. Ofertam trocas de saberes compartilhadas, estimulam o protagonismo e a autonomia do cuidado, aproximando-se melhor da política de humanização proposta pelo Sistema Único de saúde/SUS. As práticas de ofertadas nas comunidades religiosas de cultura afro-brasileira assumem um papel complementar do cuidado, atuando de forma simultânea e não excludente da assistência baseada no modelo biomédico. Favorecem a ampliação de espaços saudáveis de promoção de saúde e prevenção de agravos em classes sociais em estado de vulnerabilidade. Estimulam a participação popular coletiva e a inclusão social, valorizando o sujeito como produtor da sua própria história de vida. Objetivo(s): o presente estudo busca contribuir na visibilidade da cultura popular religiosa afro-brasileira, como apoio terapêutico para os problemas relacionados ao processo de saúde e doença. Pretende gerar uma reflexão no campo da educação sobre a potencialidade da abordagem cultural pela perspectiva da saúde. Esforça-se em demonstrar a necessidade de aprofundamento no conceito de cultura pela perspectiva antropológica sobre a relação saúde, cultura e sociedade como um desafio no trabalho e na formação em saúde. Pretende construir possibilidades de escuta e acolhimento dos discursos

da população de cultura religiosa afro-brasileira e suas particularidades baseadas na tradição mágico-religiosa pela sua relação com o processo saúde/doença. Incentivar diálogos entre o conhecimento científico e a cultura popular para o desenvolvimento do processo educacional e das práticas de atenção com maior grau de adesão, satisfação e efetividade. Metodologia: O estudo é fruto de recortes e adaptação do artigo científico apresentado no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, para obtenção de título de bacharel no ano de 2014. Realizou-se um levantamento bibliográfico de conclusão parcial, com metodologia de pesquisa exploratória, por meio das fontes de informações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com um recorte transdisciplinar apoiada nas leituras de produções relacionadas com o tema Religião, Saúde e Cultura Afro-brasileira, apoiando-se em políticas públicas de promoção, atenção integral e educação em saúde. Observou-se a escassez de publicações que abordam o tema em específico, ou seja, a correlação da religião afro-brasileira com a promoção do cuidado e a abordagem da diversidade cultural na educação em saúde. Resultados: os resultados demonstram a necessidade de aprofundar as discussões de elementos que permitam a transferência dos conhecimentos da cultura popular afro-brasileira, no sentido de compreensão do fenômeno religioso, como parte integrante das experiências vividas e na valorização da subjetividade do ser humano. Tal como reconhecer a atuação dessas comunidades como complementar as políticas públicas de promoção propostas pelo SUS. Aponta-se a fragilidade com que o conceito cultural é abordado nos centros de educação em saúde, sendo que a identidade da sociedade brasileira é constituída pela diversidade cultural. Considerando a importância dos limites e das possibilidades de práticas educativas,

a partir de uma abordagem cultural no sentido de permitir possíveis interpretações para o processo saúde/doença, propõe-se contribuir na abertura para a construção de novos caminhos com maior interação entre o ensino/comunidade/trabalho pela perspectiva da saúde, aproximando-se de uma atenção culturalmente sensível, ausente de preconceitos. O olhar revela o fortalecimento do vínculo através da dinâmica curador e doente como importante elemento de adesão as práticas de cuidado, expressando a satisfação na escolha do itinerário terapêutico que ocorre de forma mútua e compartilhada. Conclusão: O baixo investimento ao conceito cultural sob a perspectiva antropológica evidencia a necessidade de mudança nos parâmetros educacionais dos centros de ensino em saúde. Tal compreensão se torna fundamental para a formação e a atuação no trabalho em saúde coletiva, para uma abordagem mais integrativa e humanizada. É possível afirmar que à frente da diversidade cultural, é relevante que o profissional de saúde reconheça a cultura afro-brasileira como integrante da atenção em saúde. Estas comunidades, à partir de suas regras e visão de mundo aos quais extrapolam os valores do modelo biomédico, possibilitam uma construção coletiva de promoção em saúde, formando uma rede de apoio social fortemente baseada nas relações interpessoais, estimulando redes de solidariedade e o fortalecimento da singularidade dos sujeitos. A necessidade do cuidado cultural reorienta os modelos de educação em saúde, ampliando as ofertas de atuação diante da diversidade cultural brasileira. Desta forma estes espaços comunitários se revelam como um ambiente de produção do cuidado e um espaço rico para a produção do conhecimento, transformando a atenção em saúde em uma ato de cidadania e de inclusão social.

DO PRIVADO PARA O PÚBLICO: RACISMO INSTITUCIONAL UM OBSTÁCULO A EQUIDADE PARA A SAÚDE NO BRASIL

Angela Ernestina Cardoso de Brito, Eunilson Dias Santos, Nadir Cardoso de Brito, Janice Pimenta Borém

Palavras-chave: privado, público, racismo institucional, equidade, saúde

Este trabalho objetivou discutir o racismo institucional na área da saúde, e as possibilidades de ações que erradiquem os efeitos perversos dessa prática. Estudos indicam de que raça é um fator condicionante de acesso a serviços de saúde, sendo os brancos, os que fazem maior uso deles e por mais tempo (CUNHA, 2004, p.108). Nesta perspectiva o racismo institucional entendido como a forma de racismo que se estabelece nas estruturas de organizações da sociedade e nas instituições, pode ser traduzido em ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos racialmente dominantes. Trata-se de um trabalho de cunho bibliográfico com pesquisa em fontes primárias e secundárias. Consideramos que o combate e a prevenção ao racismo institucional na saúde demandam medidas não apenas de caráter normativo ou proibitivo, mas ações efetivas que busquem a equidade e permitam, ao mesmo tempo, a elaboração de políticas públicas eficazes para combater as adversidades impostas ao seguimento populacional negro em decorrência do preconceito racial e exclusão social vivenciados historicamente. O racismo institucional e seus desdobramentos: O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço adequado e profissional para os usuários em decorrência de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode

ser detectado nos processos, atitudes e comportamentos que resultam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereótipos racistas que causam desvantagens a pessoas de minoria étnica (KALCKMANN, 2007, p.146). A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações afrodescendentes. Na maioria das vezes não se tem a noção real do racismo embutido nas organizações públicas e privadas, sobretudo, porque o Brasil edificou-se sobre o mito da democracia racial, o que dificultou a tomada de consciência política e social por parte da sociedade brasileira. Em nosso país, pode-se dizer que o racismo institucional manifesta-se em privilegiar a população branca, mas também em ações e atitudes para controle, manutenção e propagação dessas prerrogativas via apropriação do aparelho estatal. Em detrimento do racismo no plano individual, que se aproxima do preconceito, quando um indivíduo se coloca na posição de superior ao outro por conta de sua cor, o racismo institucional é disseminado quando as estruturas e instituições, públicas e/ou privadas de um país, atuam de modo diferenciado em relação a determinados grupos em função de suas características físicas ou culturais. Ainda quando o resultado de suas ações – como as políticas públicas, no caso do Poder Executivo – é assimilado de forma diferenciada por esses grupos. O racismo sai da esfera privado e passa para o público. A população negra vem sendo discriminada nas unidades de saúde, como usuários e como profissionais. Os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade desses grupos populacionais, ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários (KALCKMANN, 2007, p.146). Estudos evidenciam que há desigualdades importantes entre a saúde

de brancos e negros, e entre homens e mulheres, explicitando interações sinérgicas entre desigualdades sociais, raciais e de gênero. Não há como desconsiderar o peso da dimensão étnico racial nos profundos problemas sociais que assolam o Brasil, bloqueando relações, possibilidades de participação, inibindo aspirações, mutilando práxis humanas, acentuando a alienação de uns e de outros, indivíduos e coletividades (KALCKMANN, 2007, p.147). A discriminação por cor[1] perpassa por meio de mecanismos de expressão que não transgridem abertamente essas normas, infere diferenças importantes no acesso e na assistência nas diferentes esferas da sociedade, como, na educação, ocasionando menor oportunidade de escolarização. Na polícia e outras forças de autoridade e controle social, pode se constatar prisões ilegais e detenções arbitrárias, “As discriminações e os racismos são componentes essenciais na conformação da sociedade brasileira e operam menos no plano individual e mais no plano institucional e estrutural (SILVÉRIO, 2002, p.223)”. Estas discrepâncias no âmbito dos direitos e do espaço público determinam as manifestações do racismo institucional. Resultados e/ou impactos: Na área da saúde, estudos recentes têm demonstrado que as desigualdades quanto à saúde e à assistência sanitária dos grupos étnicos e raciais são explícitas e que, das configurações de tais desigualdades, o racismo é a mais preocupante. O racismo reduz as possibilidades de diálogo das pessoas com os serviços, reflete na autoestima e, concomitantemente, interfere na saúde, especialmente na saúde mental dos usuários. Preponderante nos serviços de saúde reforça, quando não agrava, a exclusão social. A ‘invisibilidade’ das doenças, por “falta de pesquisas”, que são mais prevalentes no seguimento populacional negro, a exclusão da questão racial nos mecanismos de formação, a

dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as qualidades da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, exemplificam diferenças consideráveis nos perfis de adoecimento e morte entre negros e brancos. Na perspectiva de Guimarães (2007) vivemos em um país notadamente racista, se por esta prática entendermos a proliferação de práticas de discriminação e de atitudes preconceituosas que atingem prioritariamente os negros, os mestiços e pardos. Práticas que por sua vez, diminuem as oportunidades dos negros de competir em condições de igualdade com pessoas mais claras em basicamente todos os âmbitos da vida social. A questão da raça/etnia na saúde deve ser entendida como um tema transversal, que exige profissionais de diferentes esferas e setores da saúde sensibilizados para transformarem a indignação frente aos dados em ações concretas no Sistema Único de Saúde. Embora segundo Cunha (2004). Entretanto, é possível notar a nítida falta de trabalhos nacionais que contemplem o recorte étnico/racial no estudo de diferenciais no acesso aos serviços de saúde e na sua respectiva utilização, sejam da rede básica e/ou dos serviços especializados (CUNHA, 2004, p.108). Considerações Finais: Considerando que a população autodeclarada afrodescendente representa mais de 44% da população brasileira, poucas informações sobre seu bem-estar e saúde podem ser reunidas. Ademais, salientamos a importância do quesito cor no Sistema de Informação de Saúde, essa informação, pode dar significativas indicações sobre as condições de vida e saúde da população negra e promover políticas públicas para este seguimento. A população negra tem peculiaridades médicas relacionadas à sua etnia e às disparidades raciais e socioeconômicas incidindo numa maior morbidade e mortalidade dependente do tipo de problema médico associado.

Para prevenir e minimizar os efeitos do racismo institucional é importante apontar essas disparidades e os encaminhamentos cabíveis. Necessário também inserir programas de educação contínua da comunidade e iniciativas objetivando saciar necessidades específicas de grupos étnicos/raciais diferentes (ROCHA, 2000, p.2). O racismo caracteriza-se como um fenômeno ideológico e complexo, cujas manifestações, embora variadas e diversas, estão ligadas à necessidade e aos interesses, de um grupo social que atribui uma imagem pejorativa a outros grupos. O desafio de enfrentar o racismo institucional cabe a toda sociedade, principalmente, dos dirigentes das organizações e instituições públicas responsáveis em promover e operar as políticas públicas de atendimento a estas populações. Nesta perspectiva, impõe sermos ofensivos no combate a estas práticas e atuar junto à sociedade civil organizada para ampliar e qualificar a reflexão e o debate sobre desigualdades raciais e combate a prática nociva de racismo institucional.

DO QUADRILÁTERO AO PRISMA: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS GESTORES NA EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO EM SAÚDE

Carine Vendruscolo, Marta Lenise do Prado, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço, Ensino

Apresentação: A participação desperta no homem a possibilidade de construir a história por meio da responsabilidade social, como sujeito comprometido e protagonista dos movimentos que vivencia (FREIRE, 2005). A gestão no âmbito dos processos de educação em saúde precisa estabelecer compromissos com componentes de

uma rede operacional. Essa perspectiva organizacional é observada nas estratégias de articulação interministerial, com vistas à reorientação do ensino na saúde, como é o caso do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde). Nessa perspectiva, são recomendadas estratégias autoavaliativas, para promover o acompanhamento em relação ao cumprimento das metas e objetivos dos projetos (BRASIL, 2007). É proposto o diálogo entre os diversos sujeitos: na universidade, na Secretaria de Saúde e na comunidade. A cogestão desses processos pressupõe comando horizontal, em que todos os sujeitos influenciam a construção do conhecimento. Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem o “quadrilátero da formação para a área da saúde” – ensino, gestão, atenção e controle social –, para a gestão da educação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O ideário dessa figura pressupõe que cada face estabeleça fluxos e interlocutores específicos, com motivações diferentes. O objetivo do presente trabalho foi analisar como ocorre a representação dos quatro segmentos que compõem o quadrilátero nos espaços colegiados de integração ensino-serviço do Pró-Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Desenvolvimento: Trata-se de um estudo de caso, realizado com representantes dos quatro segmentos que fazem parte do Comitê Gestor Local (CGL) e da Comissão Coordenadora Geral (CCG) do Pró-Saúde – proposta integrada da Unochapecó, Secretaria da Saúde de Chapecó e Gerência Regional de Saúde. Para a produção e registro das informações foram realizadas entrevistas com 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos do quadrilátero. Realizaram-se seis momentos de observação de reuniões, registradas em Diário de Campo, instrumento com notas de

observação descritivas (aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões); e reflexivas (processos de diálogo, participação, conflitos) e outras observações do entrevistador. Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” de Minayo (2010). Foi obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12. Os participantes foram identificados por codinomes e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). No que se refere à implicação da Instituição de Ensino Superior (IES), como parte integrante do quadrilátero, em estruturas como as instâncias colegiadas de gestão do Pró-Saúde, observam-se atitudes contrastantes entre os sujeitos que a representam. Existem situações conflituosas que envolvem, sobretudo, os segmentos ensino e serviço, por conta da defesa de interesses de um e de outro. Nessa relação de alteridade entre diferentes saberes (teoria e prática) nem sempre flui, naturalmente, o livre movimento dos sujeitos, na direção da práxis (FREIRE, 2011). Os interesses individuais, por vezes, se sobrepõem à prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. De outro lado, a participação dos usuários em instâncias de decisão na área da saúde é um direito garantido por lei no Brasil, mediante ação denominada de controle social, exercida em especial nos conselhos gestores. O usuário é o cidadão que faz uso do serviço, mas que, em tese, não deveria pertencer a um dos outros lados do quadrilátero (gestão, atenção ou ensino). Pode-se refletir que qualquer representante de qualquer um dos vértices do quadrilátero poderia ser duplo

representante, o que, contudo, para garantir e respeitar o princípio doutrinário da lei, não deveria ocorrer. O que se percebe, portanto, nas instâncias de gestão do Pró-Saúde, é que a participação do controle social é pouco frequente e que, quando ocorre, nem sempre o representante é o usuário (no sentido esperado) do serviço, mas outro membro do Conselho Municipal da Saúde (CMS). Vale lembrar que o CMS, por conta da paridade, é composto por usuários, prestadores de serviço, trabalhadores ou gestores. Nessa perspectiva, a participação do controle social no quadrilátero apresenta uma distorção – poder-se-ia chamar de “desvio de prisma” – o que acaba por comprometer a paridade que se deseja nesse processo. Os gestores (Secretários Municipais de Saúde) são representados, via de regra, por coordenadores de serviços no âmbito da Secretaria de Saúde. Representar pressupõe que indivíduos, nomeados para agir no interesse de grupos, tenham tempo para se apropriar do processo, além de habilidades de comunicação para se relacionar com os demais e para negociar (ABERS; KECK, 2008). A representação dos segmentos nas instâncias de gestão colegiada do Pró-Saúde ocorre de maneira heterogênea. A gestão da saúde e controle social são os segmentos que menos se envolvem, já os segmentos ensino e serviço, entre acordos e divergências, têm construído um caminhar coletivo, representados, da seguinte maneira: no ensino estão representados gestores da IES, docentes e estudantes; no serviço, se fazem presentes gestores, profissionais/trabalhadores. O segmento gestão – no caso, ligada ao serviço de saúde – embora menos presente, quando representado, se faz por meio de coordenadores de departamentos (atenção básica, vigilância epidemiológica, entre outros), por indicação do Secretário Municipal de Saúde, e nunca na sua presença, em pessoa. Já o controle social tem no

usuário/cidadão, um sujeito poucas vezes representado, de fato. Considerações Finais: Considera-se que a interação efetiva entre os segmentos que fazem parte do quadrilátero produz nos sujeitos um compromisso com a efetiva gestão do Pro-Saúde, por meio de relações de vínculo e responsabilização entre estudantes, usuários, professores, profissionais, gestores e outros parceiros na produção dos processos de educação e de cuidado em saúde. Assim, o complexo sólido que representa essa alteridade entre os segmentos, estaria mais relacionado com um “prisma” do que com uma figura de apenas quatro lados. O prisma pode ser utilizado para refletir raios luminosos e, utilizando-se dessa metáfora, podemos supor ainda, que há muitas arestas a serem ajustadas em relação a esses espaços de aprendizado da democracia. Contudo, se já existem reflexos provocados pela ação do quadrilátero, certamente as rodas de cogestão em processos educativos na área da saúde têm gerado oportunidades significativas para a conformação de, por que não dizer, “prismas da formação e da educação na saúde”, que traduzem a complexidade, a riqueza e a potência de tais processos.

DOCÊNCIA COM FOCO NOS ENCONTROS DE APRENDIZAGEM: ENSI-G-NAMENTOS NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Daniela Dallegrave, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Residência em Saúde, Saúde Coletiva, Avaliação de Tecnologias Educacionais em Saúde

Apresentação As Residências em Saúde são programas de educação pelo trabalho para profissionais da saúde. No Brasil, não há currículo para este tipo de formação. Nas práticas pedagógicas realizadas nestes

programas, observa-se que os signos do trabalho em saúde produzem aprendizagens e conformamos encontros de aprendizagem. Esses encontros de aprendizagem são tomados como potencialidades de produção de aprendizagens inscritas no corpo, aquelas que provocam marcas e produzem ensinamentos. Neste trabalho, a escolha por utilizar a grafia ensinamentos está embasada em Deleuze (2010) e refere-se ao entendimento dos signos do trabalho em saúde como capazes de produzir aprendizagens singulares. Esta grafia fala da possibilidade de abertura de espaços ao protagonismo destes signos, mas também da possibilidade de que eles escorram e saiam da cena de ensinagem a qualquer instante. Os saberes aqui reunidos são fruto de uma tese de doutorado em educação defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil) no ano de 2013 e intitulada “Encontros de aprendizagem e governa mentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas” (Dallegrave, 2013). Um dos objetivos foi reunir um conjunto de elementos a fim de sistematizar e construir aporte teórico para o conceito de encontros de aprendizagem nas Residências em Saúde. Desenvolvimento do trabalho O desenho de pesquisa contou com a análise das normativas vigentes no Brasil sobre as Residências em Saúde, seu entrelaçamento com conversas com participantes dos Encontros – Gaúcho e Nacional – de Residências e do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, eventos ocorridos em 2012. Acolheu também manifestações livres e interessadas em expressar experiências de aprendizagem nas Residências em Saúde. A docência nas Residências em Saúde é realizada por profissionais da assistência ou da gestão em saúde, os quais geralmente não possuem qualquer formação para execução desta tarefa pedagógica (Fajardo, 2011). Estes profissionais são chamados

de preceptores e possuem a função de acompanhar outros profissionais durante o programa de Residência. Em geral, o profissional aprendiz (denominado residente) não possui experiência prévia de trabalho na área da saúde, configurando suas primeiras experimentações no mundo do trabalho. Esta função preceptoria, ou seja o acompanhamento como exercício da docência, representa a possibilidade de coletar todas as potências dos encontros de aprendizagens, os quais são capazes de ensinar a pensar modos de cuidar diferentes a cada situação de atendimento realizado pelo profissional residente. Esses encontros de aprendizagens nas Residências aparecem na tese como a possibilidade de violentar o já instituído para produzir novos sentidos ao cuidado. São ainda possibilidades de habitar com amor onde poderia prevalecer uma maquinaria escolar ou os regramentos advindos do trabalho. São possibilidades de furar a instituição, de forçar o vazamento. São, sobretudo, possibilidades de torná-la suscetível aos prazeres das relações afetivas, dos furacões afetivos que colhem devires do trabalho e devires da aprendizagem. O que há de movimento em cada um deles. O que faz movimentar cada um de nós, presentes na cena de ensinagem. A vontade de potência de cada um multiplicando as possibilidades de ser. De ser-cuidado, de ser-cuidador, de ser-que-ensina-a-cuidar. Os devires emergem dos convites para experienciar (que se presentificam na educação no trabalho). Experienciar novos modos de estar ali, da produção de outros-em-nós, a partir da multidão que já somos. Nesses convites, somos fabricantes intensivos de aprendizagens no mundo do trabalho. É a possibilidade de se surpreender com a multidão que é o outro que está ali junto na cena de cuidado. Resultados e/ou impactos Os encontros de aprendizagem nas Residências em Saúde são constituídos por: 1) uma ética do acompanhamento

que se dá na relação entre preceptor e residente; 2) por um acoplamento das potências e capturas da educação e do trabalho e 3) pela possibilidade de produzir projetos pedagógicos singulares em substituição a currículos-programa. A ética do acompanhamento produz os devires do trabalho e da aprendizagem. No acoplamento educação-trabalho nas Residências, as potências de um vão propondo ao outro processos de reflexão e as capturas de um, colocando protocolos para o exercício do outro. Os projetos pedagógicos singulares seriam produzidos no trabalho, com orientação às aprendizagens, assim como aos preceptores/docentes e residentes/alunos. Nesta construção de projetos pedagógicos singulares se considera os indivíduos que estão sendo formados pelas Residências, suas trajetórias individuais, suas necessidades percebidas de formação. E neste contexto não faria sentido a determinação de tempo total para formação (início e fim do curso), nem a definição prévia de um currículo-programa, com disciplinas ou outros modos tradicionais pensados para a educação, como a educação em módulos, ou séries a serem percorridas por um grupo, onde todos deveriam sair com as mesmas competências, para se ter um certo perfil de egressos. Os projetos pedagógicos singulares, em oposição aos currículos-programas em que todos os alunos “recebem” todos os componentes da formação da mesma forma, apresenta sustentabilidade ao se centrar nas aprendizagens e não nos conteúdos. Provoca também reconhecimento de si aos participantes da cena de aprendizagem, isto é, ao preceptor, ao residente e também a quem está sendo cuidado. É com o trabalho que a aprendizagem acontece, construindo autonomias e produção de perguntas e problematizações onde no currículo-programa estão localizados os conteúdos. O projeto pedagógico singular seria, então,

um conjunto de ações pedagógicas, um arranjo gestor e operador da aprendizagem, resultante de discussão e construção coletiva, protagonizadas pelo sujeito que está na condição formal de aprendiz – o residente – e com a proposta de ultrapassar os saberes já sedimentados. Considerações finais A proposta de um projeto pedagógico singular, em que fossem possíveis trajetórias individuais de aprendizados, itinerários formativos e desafios ao pensamento, com organização de currículos singulares, provocação e questionamento a serviço do aprender, “narraria” um currículo de saberes a serem adquiridos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SERVIÇO PÚBLICO

Poliana Gomes

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos, Educação em Saúde, Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO: Historicamente o desenvolvimento conceitual e metodológico do termo saúde orientou-se na noção de que saúde corresponde a ausência de doenças. Na odontologia, esta concepção levou à hegemonia um modelo de atenção à saúde bucal com enfoque prioritariamente curativo. Este modelo tem se mostrado insuficiente para explicar os diferentes perfis epidemiológicos bem como incapaz de produzir mudança significativa no cenário da saúde bucal do brasileiro. A transformação deste modelo tem sido amplamente estimulada e nesta trajetória destaca-se a proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica, almejando a integralidade da assistência a população, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A educação em saúde é uma das práticas

que integram a rotina da ESF, que pode ser operacionalizada com base no enfoque da promoção de saúde ou no enfoque higienista. Para a abordagem promotora de saúde, esta atividade deve ser um campo multifocal, permitindo intercâmbio de informações entre o saber científico o saber popular e a construção de uma visão crítica dos problemas de saúde. Envolvendo conhecimento, conscientização e aquisição de habilidades, uma vez que os processos educativos e os de saúde-doença incluem tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas e de participação. No entanto, muitas vezes, a educação em saúde é ainda definida como uma estratégia para fazer as pessoas mudarem comportamentos, assumindo um papel racionalista e higienista, de um processo tradicional que, geralmente, impõe normas e condutas, responsabilizando e culpabilizando os indivíduos por seus problemas de saúde. Assim também os processo educativo definirá se o profissional motivou o educando a internalizar e ter instrumentos para modificar determinantes do processo saúde-doença ou somente criou um processo de depósito de informações. **OBJETIVO:** Analisar o conceito e as práticas de educação em saúde de cirurgiões-dentistas que atuam dentro da estratégia de saúde da família, de oito municípios do estado do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. **METODOLGIA:** Pesquisa do tipo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. A população-alvo constou de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF em cinco cidades da região do Alto Vale do Itajaí e três municípios do noroeste Rio-grandense, no Rio Grande do Sul. A amostra é não probabilística e foi obtida por conveniência, tendo como único critério o aceite. A coleta de dados deu-se através de entrevista estruturada gravada. O roteiro da entrevista foi efetuado em duas partes: a primeira parte teve por objetivo

caracterização dos sujeitos, mediante obtenção de dados sobre: gênero; tempo de atuação no serviço público; tempo de obtenção do título de cirurgião-dentista; idade; atuação profissional. A segunda parte constou de duas questões norteadoras: “O que você entende por educação em saúde” e “Relate como são as ações de educação em saúde em seu local de trabalho”. O método de análise dos dados para segunda parte da entrevista foi análise temática, empregando o método de Bardin, transcrevendo as evocações, identificando os núcleos descritivos dos objetos em estudo, pré-análise, categorização, agrupamento e registro das evocações. Para cada categoria foi calculada a frequência relativa. **RESULTADOS:** Um total de vinte cirurgiões-dentistas integrou a pesquisa, dos quais 40% eram do sexo feminino e 60% do sexo masculino. As idades dos participantes variaram entre 24 e 61 anos, sendo 40,3 anos a idade média do grupo. Com relação ao tempo de atuação no serviço público, identificou-se uma variação entre um e trinta e dois anos, sendo que 80% ficaram na faixa de 01 até 20 anos. O tempo decorrido desde a obtenção do título variou de 01 e 38 anos. A maior frequência (45%) foi para espaço compreendido entre 11 e 20 anos. Quanto às evocações para o conceito de educação em saúde, a categoria Enfoque de Promoção da Saúde foi a mais frequente (59%); e a frequência da categoria Enfoque Higienista foi de 41%. Com relação às práticas educativas desenvolvidas, as Práticas Tradicionais foram citadas por 93% dos pesquisados e somente 7% deles abancaram na categoria Práticas Inovadoras. **DISCUSSÃO:** No que se refere à conceptualização, houve o predomínio das evocações relacionadas a Promoção da Saúde, entendendo educação em saúde para a formação de sujeitos críticos pensantes, capaz de avaliarem suas posturas, do meio em que estão expostos, que articulem, questionem as dificuldades, potencializem

a otimização de qualidade de vida, atuando de modo reflexivo e autônomo. Sendo assim capaz de realizar as escolhas mais saudáveis que terão reflexo em sua vida. No entanto, as práticas revelaram-se como ações tradicionais preventivas, focalizadas em normas de higiene, onde a prática educativa é confundida e limitada a intervenções tradicionais preventivas. A educação para a boa higiene, descende de leitura educacional dos anos 60 e 70 autoritária, tecnicista e biologicista, quando educação limitava-se a campanhas sanitaristas. Estas práticas não se enquadram hoje nos padrões de exigência da ESF, que surge na lógica de promoção e prevenção, rompendo com este modelo normatizador. Assim também levantamos alguns aspectos que possam ter orientado essa dicotomia nas falas dos profissionais, que seriam o próprio reflexo do modelo de formação destes profissionais, em sua maioria formado pelo modelo flexneriano, que se caracteriza por ser hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado, que trabalha com repasse de informações de modo verticalizado, como também a estrutura que é oferecida para atuação profissional. A desvalorização da educação em saúde, culturalmente vista como atividade subjetiva de menor valor que as curativas e por fim o tempo de atendimento clínico que acaba por vezes somente suprimindo a demanda curativa reprimida não conseguindo prover ações educativas. **CONCLUSÃO:** Imposto esta ambiguidade entre falas e práticas dos profissionais acreditamos que é relevante propiciar espaços para discussão com o objetivo de se buscar consistência conceitual aliada à efetivação das práticas educativas, que atendam as reais necessidades do modelo de atenção à saúde definido pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde. Partindo do intento que aprender não é um mero domínio de técnicas, habilidades e muito menos memorização teórica. E, sim é a aquisição de capacidade de explicar, de aprender e

compreender, de enfrentar criticamente situações. A concepção deve estar voltada a problematização, deve ser pautada na escuta qualificada, ou seja, primeiro ouvir para depois poder instrumentalizar o educando para que possa atuar como agente de transformação no seu meio. Visando assim uma cisão entre conhecimentos, sejam estes científicos, tecnológicos e saberes de culturas múltiplas e coexistentes numa mesma dinâmica. Formando-se cidadãos-críticos – pensantes, que se entendam capaz em todos os meios, sendo ativos políticos e socialmente.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE DST'S EM ADOLESCENTES

Marcilene Batista Costa, Gabriele Pedroso Vasconcelos, Kamille Herondina Maia Martins, Melina de Figueiredo Miranda, Nádia da Costa Sousa, Yane Santos Almeida

Palavras-chave: Adolescência, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Prevenção

APRESENTAÇÃO: Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, fase em que ocorrem os impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, onde os indivíduos começaram a se esforçar para alcançar seus objetivos, tanto os relacionados às expectativas culturais da sociedade quanto ao que diz respeito à conquista de sua liberdade¹. O Estatuto da Criança e do Adolescente², regido pela Lei 8.069 de 1990, aponta que adolescência é a faixa etária compreendida entre 12 a 18 anos de idade. Nesta fase ocorre o fenômeno biológico conhecido como puberdade, onde há algumas mudanças que caracterizam-se pela menarca nas meninas entre 10 e 13 anos de idade e, a se menarca nos meninos por volta dos 12 aos 14 anos de idade³. A

necessidade de contato com uma pessoa do sexo oposto é algo inevitável nesse período, em que a curiosidade os induz a buscar relações cada vez mais íntimas. É nessa fase, por meio do namoro que a vontade de permanecer cada vez mais tempo ao lado da pessoa, de maneira gradativa os leva a selecionar o parceiro certo para experimentar seus limites até que a sua primeira relação sexual aconteça⁴. Os jovens não buscam informações concretas sobre os problemas provenientes de uma prática sexual irresponsável, acreditam-se livres de serem atingidos por consequências como, por exemplo: doenças sexualmente transmissíveis. Todavia quando estão cientes das problemáticas de uma prática irresponsável, são julgados pela sociedade por estarem iniciando sua vida sexual cedo demais, com isso eles passam a ter vergonha de atividades simples como a compra de um preservativo em uma farmácia, por exemplo, levando este adolescente a uma relação sem o uso e métodos preventivos e o pré-dispondo a uma gravidez precoce ou até mesmo uma DST⁵. Nas adolescentes, as DST's representam sério impacto na saúde reprodutiva porque podem causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, além de interferir negativamente na autoestima⁶. Somado a isso, a saúde sexual dos adolescentes passou a merecer atenção especial dos profissionais da saúde, quando se comprovou a existência de doenças específicas que afetam essa faixa etária, doenças essas inclusive, incuráveis como é o caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS^{7,8}. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos adolescentes, com intuito de precaver cada vez mais essa faixa etária onde estimativas apontam um crescimento significativo de contágio. **METODOLOGIA:** A pesquisa realizada representa uma ação de saúde preventiva implementada como parte da metodologia

de Ensino Aprendizagem baseada na Problematização, centrada na teoria do Arco de Maguerez, que visa o conceito de práxis: aprender fazendo⁹. Trata-se de um estudo bibliográfico, onde foram realizadas revisões bibliográficas a cerca da temática, com abordagem quantitativa e qualitativa que são, respectivamente, a utilização de dados matemáticos em conjunto com a estatística para descrever os resultados obtidos e uma descrição subjetiva a respeito do assunto onde não podem ser quantificados¹⁰. Trata-se ainda de um estudo exploratório-descritivo, em que os dados foram obtidos por meio de questionários, respondidos por 63 alunos do ensino médio entre a faixa etária de 14 a 21 anos, estudantes da escola São Felipe no Bairro da Matinha, região periférica da cidade de Santarém-Pará. A aplicação do questionário foi adotada em dois momentos, um antes do dia da palestra (dia 27/09/2013), para a verificação do conhecimento prévio dos pesquisados a respeito do assunto e outro após a realização da palestra (dia 23/10/2013). **RESULTADOS:** A pesquisa demonstrou que quando perguntou-se sobre a iniciação da vida sexual do adolescentes, 38 (60,32%) afirmaram já terem tido sua primeira relação sexual e 25 (39,68%) garantiram não ter vida sexual ativa, antes da palestra. Dentre os 38 que já possuem vida sexual ativa, 10(26,31%) tiveram sua primeira relação com idade inferior a 14 anos, 24 (63,15%) com idades entre 14 e 16 anos, e 4 (10,54%) com idades entre 17 e 19 anos. Fato que é confirmado pela Organização Mundial da Saúde¹¹, que aponta a iniciação sexual dos jovens na maioria das vezes se dá entre a idade de 12 e 17 anos. Os mesmos se confirmaram em questionário realizado após a ação. Apesar de terem uma vida sexual precoce, os adolescentes na maioria das vezes possuem conhecimentos sobre os riscos de um envolvimento sexual sem a devida proteção. Essas informações são de

competência da família, uma vez que esta é primordial para a formação da personalidade e do desempenho dos papéis sexuais de seus filhos¹. Embora o diálogo sobre sexualidade não seja aberto, é a família quem fornece as primeiras noções sobre o que é adequado ou não. Contudo, os meios de comunicação influenciam muito mais do que a família quando se trata de sexualidade, uma vez que estes bombardeiam diariamente os jovens com informações distorcidas na maioria dos casos. Observou-se ainda que os mesmos possuíam conhecimento prévio sobre o que é DST, porém muitos deles não conseguiram identificar as doenças expostas. Dos questionários observados antes da palestra, 59 (93,65%) afirmaram que HIV/Aids é uma DST, contra 4 (6,35%) que afirmaram não ser. Com relação à Sífilis, 48 (76,20%) alunos a identificaram como uma DST, enquanto que 15 (23,80%) deles disseram não ser; no caso da Hepatite B, 21 (33,33%) a reconheceram como uma DST contra 42 (66,67%). As doenças Tuberculose, H1N1 e Dengue não são DST's, porém, com exceção da Dengue, a maioria dos adolescentes as classificou como tal patologia. As informações repassadas durante a palestra alcançaram resultados positivos, pois com a análise dos dados percebeu-se que nos questionários preenchidos após a ação, os alunos conseguiram classificar de forma correta as doenças apresentadas. Ao analisar a pergunta "Você sabe como evitar uma DST?", percebeu-se que antes da palestra, 52 (82,53%) alunos garantiram saber como evitar as DST's, e este índice melhorou significativamente após a palestra, apontando que 60 (95,23%) afirmaram ter conhecimento de como prevenir uma Doença Sexualmente Transmissível. Desse modo nota-se como a ação promovida atingiu as expectativas almejadas, os alunos conseguiram classificar os preservativos como a principal maneira de prevenção a contrair uma doença

sexualmente transmissível no decorrer de sua vida. Quando a informação é repassada e a população tem a consciência das responsabilidades e riscos que envolvem uma relação sexual sem a devida proteção e que isso pode acarretar danos a sua saúde, elas se protegem muito mais¹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades de promoção da saúde são necessárias nessa fase, visando sempre a melhoria do bem estar dos adolescentes e diminuindo o índice dessas patologias nesta população. Diante desta realidade, percebeu-se que para a conscientização do jovem acerca da prevenção, não é suficiente apenas conhecer os métodos, mas também saber sua eficácia, sua importância, o acesso a eles, a forma correta de sua utilização e as possíveis consequências de não usá-los. É importante salientar que as campanhas de prevenção a DST's devem continuar de forma mais intensa, tendo como principal foco a faixa etária que está iniciando sua vida sexual. Sendo assim, a saúde dos adolescentes necessita de um olhar diferenciado e multidisciplinar, a fim de assegurar a passagem por essa etapa da vida (adolescência) com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, por meio do cuidado com abordagem técnica segura e humanizada.

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR COMO FERRAMENTA DE TRABALHO PREVENTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA

Flávia Gilda Zanetti, Vera Lucia Kodjaoglanian

Palavras-chave: Educação nutricional, Alimentação saudável e Alimentação escolar

Educação nutricional com crianças em idade escolar como ferramenta de trabalho preventivo na Atenção básica
Flávia Gilda Zanetti **APRESENTAÇÃO:** Com a elevação da incidência de doenças crônicas

não transmissíveis, nota-se uma maior preocupação com a alimentação, com isto a educação nutricional voltada às crianças tem sido muito valorizada, uma vez que estão aptas a aprender rapidamente e aceitar uma grande variedade de alimentos, quando estimuladas. O comportamento alimentar de um indivíduo tem suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família e sustentadas por tradições, por isto a participação e a cooperação dos pais neste processo é fundamental, para que os mesmos compreendam as consequências dos distúrbios alimentares identificados na infância e suas causas negativas na saúde das crianças. A infância é um período de intenso desenvolvimento físico e intelectual, marcado por um gradual crescimento da altura, ganho de peso e desenvolvimento psicológico. A alimentação inadequada nessa fase da vida pode ocasionar déficits no desenvolvimento físico e cerebral trazendo inúmeros prejuízos a saúde desta criança. Hábitos alimentares inadequados proporcionam deficiências crônicas de vitaminas e minerais (principalmente ferro, vitamina A e iodo), cerca de 1/3 das pessoas não atinge seu potencial em desenvolvimento intelectual e de crescimento. Em casos graves, essas deficiências podem resultar em cretinismo, cegueira, anemia, comprometimento do desenvolvimento imunológico, dentre outras doenças e incapacidades. A intervenção, da educação nutricional, em um estágio precoce, previne doenças, promove uma vida mais saudável, com tudo possibilita um desenvolvimento adequado físico e psicológico a esses indivíduos. A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. A necessidade de maior cuidado em relação à alimentação de crianças em fase escolar

decorre principalmente do fato de nessa fase da vida ocorrer à incorporação de novos hábitos alimentares, implicando o conhecimento de novos sabores, texturas e cores, experiências sensoriais que influenciarão diretamente o padrão alimentar a ser adotado pela criança. Possivelmente a implantação de atividades de educação nutricional nas escolas, possibilitará às crianças a obtenção de conhecimentos básicos sobre alimentação e nutrição e incentivando assim uma melhor aceitação dos alimentos, proporcionando um comportamento alimentar, condizente com a saúde. O processo de Educação Nutricional é importante para despertar no indivíduo o interesse pela alteração de seus hábitos alimentares, levando em consideração suas crenças, sua cultura e seus costumes. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Esta pesquisa foi desenvolvida nos anos de 2012 a 2014 no município de Bodoquena/MS, decorreu-se através de ações em quatro escolas municipais e um centro de educação infantil da rede municipal de ensino, envolvendo anualmente 1.230 crianças com idade de 3 a 15 anos, as cozinheiras das unidades escolares e os pais destes alunos. As ações iniciaram-se através de reuniões com os pais dos alunos para apresentar o projeto aos pais e explicar os benefícios de uma alimentação saudável no processo de desenvolvimento de seus filhos e os reflexos dessas mudanças em seu convívio familiar. A segunda etapa do trabalho foi desenvolvida com as cozinheiras e auxiliares de cozinha da unidade escolar selecionada, mostrando-as a importância de um controle de qualidade rigoroso das refeições oferecidas e os benefícios de incentivar os alunos a proporcionarem seus alimentos sozinhos, do modo self-service proporcionando um aprendizado de caráter permanente. E a terceira etapa das ações contemplou avaliação nutricional dos alunos, aplicação do teste de aceitabilidade

da alimentação escolar, através da escala hedônica (Resolução FNDE/CD N° 32, 10 de agosto de 2006) e ainda à realização de palestras e teatros com os alunos com intuito de incentivar a alimentação saudável dessas crianças em fase escolar, refletindo no cotidiano de seus familiares normalmente portadores de alguma patologia de caráter nutricional. Foram solicitados aos alunos que todos realizassem um desenho ou uma redação para demonstrar o que entenderam sobre alimentação saudável. Para a realização de uma fundamentação teórica foi desenvolvido uma revisão bibliográfica, utilizando livros e artigos científicos publicados em Português, de 1985 até o presente ano. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Após a realização das atividades da pesquisa foi exposto no mural da escola o cardápio proposto para a Alimentação Escolar e notou-se uma postura de maior interesse dos familiares dos alunos em relação ao acompanhamento do cardápio e maior solicitação de informações às merendeiras. Em relação às merendeiras notou-se maior valorização destes profissionais no ambiente escolar, além de maior comprometimento das mesmas em orientar os alunos no momento do porcionamento das refeições. A pesquisa buscou explorar a valorização e a importância deste profissional nas atividades escolares. Verificou-se através dos desenhos desenvolvidos pelos alunos, uma boa compreensão sobre hábitos alimentares saudáveis discutidos nas palestras e teatros. Os desenhos ficaram expostos em sala de aula e debatidos em conteúdo programático, com auxílios dos professores. O teste de aceitabilidade da Alimentação Escolar foi realizado conforme orientado manual para aplicação dos testes de aceitabilidade no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE e identificou que no ano de 2012, 83% respondeu que adora e/ou gosta das preparações e apenas 3% detesta. Em 2013 houve um aumento nos

percentuais na opção de adora e/ou gosta das preparações sendo 89% e mantendo 3% entre os escolares a opção de detesta. E em 2014 obteve 84% na opção adora e/ou gosta das preparações e mantendo 3% na opção de detesta. Concluindo uma boa aceitação da alimentação escolar entre os alunos. Na comparação entre os anos pesquisados avaliação nutricional dos alunos, segundo a classificação da WHO, 2007, notou-se maior percentual de alunos dentro da faixa de peso adequado, sendo no ano de 2012 64%, 2013 70% e 2014 70%. Os valores encontrados de alunos com baixo peso foram de 8% no ano de 2012, 6% em 2013 e 6,5% em 2014. E em relação aos alunos com excesso de peso, observou-se uma redução gradativa no percentual, em 2012 28% , 2013 24% e 2014 23,40%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escola é uma importante janela de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis. A formação dos padrões alimentares das crianças depende principalmente da orientação dos pais e da escola, que devem atentar para a importância de consumir alimentos saudáveis e também oferecer esses alimentos a criança. Notou-se que as atividades desenvolvidas neste estudo proporcionaram aos alunos novos conhecimentos sobre alimentação dentro do ambiente escolar, refletindo em seus hábitos alimentares. Os alunos foram observados durante uma semana no momento que consomem a merenda escolar e notou-se a redução do consumo de balas e refrigerantes adquiridos fora do ambiente escolar, além do aumento do consumo de verduras e também a cobrança desse hábito entre os próprios alunos. Portanto pode se concluir que há necessidade de se reforçar as orientações nutricionais no ambiente escolar com os alunos e seus familiares, bem como maiores explicações sobre a importância das modificações nos hábitos alimentares inadequados. O processo periódico de educação e o aconselhamento nutricional tornam-se indispensáveis para se

alcançar melhores índices de adesão sobre hábitos alimentares saudáveis, contribuindo assim para melhoria da saúde, qualidade de vida desses alunos em sua fase escolar, refletindo no cotidiano de seus familiares com intuito de prevenir do aparecimento de doenças de caráter nutricional ou retardar as complicações da doença já existente.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA DIMINUIÇÃO DE INCIDENTES EM UM CENÁRIO DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Paula de Andrade Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Terapia Intensiva, Erros de Medicação

APRESENTAÇÃO: O incidente pode gerar dano e acarretar aumento do tempo de permanência e do custo da internação, causando impactos psicológicos. Dados do Instituto de Medicina/EUA indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos. Esse quantitativo problematiza a questão do dano oriundo da assistência à saúde na área hospitalar, salienta a abrangência e magnitude da sua ocorrência e traz para uma reflexão crítica sobre o cuidado. Nessa proposta reflexiva sobre ações cuidadoras, a formação para área da saúde é um importante cenário na transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho, uma vez que problematiza os incidentes ocorridos no preparo e administração de medicamentos endovenosos na instituição hospitalar e proporciona assistência segura aos clientes. A partir da relevância social da temática segurança medicamentosa, surgem questões como o envolvimento dos profissionais na fase da terapia medicamentosa e a possibilidade de articulação de mudanças no

trabalho, na sistematização do cuidado, na educação, nas relações dos saberes técnicos e científicos para mitigar na fase da terapia medicamentosa, em decorrências dessas reflexões, desse desconforto operacional. Assim sendo, verifica-se a necessidade de problematizar o processo laborativo cotidiano da terapia medicamentosa endovenosa a fim de propor uma reflexão sobre os possíveis incidentes. Assim, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde pode contribuir no sentido da prevenção de erros medicamentosos provocados pelos trabalhadores de saúde, especialmente a enfermagem por atuar diretamente na administração medicamentosa. O estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada: Educação permanente uma estratégia para diminuição de incidentes em um cenário de terapia intensiva que se encontra em curso. O objetivo deste trabalho é realizar uma reflexão teórica sobre a contribuição de processos de educação permanente em saúde na prevenção de incidentes dentro de um serviço de terapia intensiva. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para o desenvolvimento deste estudo, foram consultadas as seguintes fontes: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do ano 2004; o capítulo de administração de medicamentos do livro Fundamentos de Enfermagem de POTTER e PERRY; a Política Nacional de Segurança do Paciente do ano 2014 e a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS do ano 2013. Foi realizada uma leitura flutuante do material e posteriormente, as informações foram agrupadas e cruzadas possibilitando, assim, uma reflexão teórica que embasou este estudo. Na Política Nacional de Educação Permanente buscaram-se os elementos necessários para uma formação problematizadora voltada para o cotidiano dos trabalhadores de saúde na perspectiva da unidade de terapia intensiva; no livro de Fundamentos de Enfermagem,

buscou-se desenhar as ações esperadas na prática laborativa da equipe técnica na terapia medicamentosa endovenosa e as características da assistência da equipe técnica de saúde prestada que se associam ao aparecimento dos incidentes no preparo e administração dos medicamentos no setor investigado; na Política Nacional de Segurança do Paciente buscou-se integração com todos os processos de cuidado com objetivo de prevenir e reduzir a incidência do dano e na Política Nacional de Atenção Hospitalar buscou-se correlação das ações e serviços no âmbito do SUS que proporcione uma assistência segura, seja integrante à rede de atenção à saúde seja de articulação com programas e políticas prioritárias à formação em saúde. Nessa proposta reflexiva crítica sobre ações cuidadoras a formação para área da saúde tem um importante cenário na transformação das práticas dos profissionais e da própria organização de trabalho a fim de problematizar os incidentes ocorridos em unidade hospitalar com uma finalidade de propor assistência segura aos clientes. **RESULTADOS:** A análise dos materiais possibilitou ver a importância de processos educativos que tragam a realidade para o cenário de reflexão e pensamento. Nesse sentido a EPS é considerada como uma maneira de (trans) formar um trabalhador crítico e reflexivo e capaz de rever suas práticas modificando-as. Ao analisar a PNEPS, observou-se que a metodologia aplicada expõe o cotidiano laborativo respeitando o conhecimento e experiências que a pessoa possui; e propõe uma reflexão e re-pensar o trabalho vivo, construir uma atividade político-pedagógica pautada na articulação entre trabalhadores do SUS, ensino, gestão e atenção à saúde; o livro de Fundamentos de Enfermagem a semiotécnica do preparo e administração do medicamento de forma segura; a PNSP fomenta a prevenção e redução da incidência dos danos e na Política Nacional de Atenção

Hospitalar no sentido de fomentar as ações de promoção da cultura de segurança em ação à saúde com ênfase na ‘prática de ensino-aprendizagem’ e aprimoramento organizacional. Cabe ressaltar que estudar os incidentes é uma estratégia para oportunizar educação e evitar o processo de responsabilização individual. A preocupação da construção de elos na rede do SUS mediante integração de encontros e reflexões sobre experiências vivenciadas na terapia intensiva e articulação entre as políticas, uma vez fundamentado na semiótica do preparo e administração do medicamento com finalidade de garantir um cuidado em unidade intensiva favorável à administração medicamentosa segura visando instigar uma reflexão sobre a presença de incidentes que podem ser causados na terapia medicamentosa endovenosa aos clientes internados sob os cuidados das diferentes equipes de saúde no centro de tratamento intensivo, assim contribuindo para se repensar a realidade, inculcando uma mentalidade de prevenção ao erro e permitindo o empoderamento do conhecimento do procedimento correto e seguro nas ações realizadas, de modo que possam contribuir para transformação dos conhecimentos capazes de mediar propostas efetivas no processo de proteção aos clientes usuários dos serviços, objeto vivo do processo de cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando a necessidade de formação permanente dos trabalhadores de enfermagem da unidade de terapia intensiva, observou-se que a reflexão teórica possibilitou aproximações profícuas entre a metodologia problematizadora e a prevenção de incidentes na direção da minimização de erros no preparo e administração de medicamentos endovenosos na rede hospitalar. Assim, espera-se que tal reflexão e apontamento tragam benefícios coletivos ao oferecer subsídios técnicos para todos os trabalhadores de saúde que atuam nos

cuidados intensivos e que estes reconheçam na educação permanente um espaço para falar, ouvir e aprender a aprender. Tais benefícios serão estendidos para os usuários e para o serviço como um todo. Que este estudo venha originar reflexões que possam orientar o processo de construção compartilhada de conhecimentos; contribuir com estratégias para renovar as práticas a fim de minimizar os incidentes no preparo e administração dos medicamentos endovenosos na atenção terciária por meio do grupo de educação permanente do município.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS CURRÍCULOS FORMADORES DA ÁREA DA SAÚDE

Acácia Priscilla de Souza Lírio, Renato Izidoro da Silva, João Sampaio Martins, José Carlos Godoy

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Currículo, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Este artigo aborda a relação entre a Educação Permanente em Saúde (EPS) e os currículos formadores na área da saúde. O conceito de EPS será aqui entendido tanto como uma “vertente pedagógica que coloca o cotidiano de trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005, p.161) como uma política de educação na saúde. O conceito de currículo, por sua vez, será aqui discutido sob o olhar da perspectiva pós-crítica e baseado nas contribuições dos Estudos Culturais, que segundo Marlucy Paraíso (2004) “deve promover o ‘diálogo’ entre as diferentes culturas e estabelecer o questionamento e a problematização

da produção tanto da diferença como da identidade”, ou seja, preocupa-se com as conexões entre saber, identidade e poder, enfatizando o conceito de discurso. O objetivo principal deste estudo é investigar, por meio de metodologia bibliográfica, como tem sido abordada a relação entre a EPS e os currículos formadores na área da saúde, por meio das teses (1) e dissertações (4) defendidas no Brasil, nos últimos 10 anos. Objetivamos, para isso, identificar as perspectivas teóricas discutidas nos textos; as concepções de currículo discutidas; e as principais categorias analíticas utilizadas pelos autores. DESENVOLVIMENTO: Nossa metodologia do estudo consistiu-se em uma pesquisa bibliográfica com características quanti-quali; a pesquisa foi realizada no Banco de Teses da CAPES; compreendido como nosso banco de dados. Para o procedimento de busca no referido banco de dados, considerando que nosso tema central envolve termos compostos como EPS (Educação Permanente em Saúde) e currículos de formação em saúde, optamos, após algumas tentativas que geraram registros impossíveis de serem tratados no atual momento de nossa pesquisa, em face dos prazos institucionais pré-estabelecidos, pelo termo composto “educação permanente em saúde”, por ser capaz de restringir adequadamente a amostra à dimensão temporal de nosso trabalho o que nos levou a uma ocorrência de 55 registros. Com esta nova quantia, apesar de ainda superior às condições atuais da pesquisa, preferimos realizar uma leitura seletiva, enfocando três critérios básicos. O primeiro levou em consideração a presença das palavras “educação permanente em saúde” nos títulos e nos resumos dos textos; o segundo referiu-se ao período de conclusão dos trabalhos (teses ou dissertação) corresponder aos últimos dez anos; e o terceiro crivo exigiu que os textos estivessem escritos em língua portuguesa.

Responderam aos critérios onze (11) textos, no entanto, quando realizamos a investigação no buscador do GOOGLE e/ou no site da Instituição de Ensino Superior (IES) na qual os trabalhos foram defendidos, só conseguimos encontrar nove (09) textos completos. É válido ressaltar que o Banco de Teses da CAPES não armazena as teses e dissertações na íntegra, limitando-se apenas aos resumos, e por isso precisamos realizar essa pesquisa nos sites de busca mencionados. Outra questão importante é que a escolha do primeiro critério, citado anteriormente, levava em conta que a discussão sobre a EPS, estando nos resumos, supostamente garantiria também que fosse esta uma discussão relevante nos trabalhos. Finalizada esta primeira etapa de seleção das teses e dissertações que versam sobre a EPS de modo stricto sensu, partimos para a leitura seletiva dos 9 textos encontrados, agora com apenas um critério, que os mesmos apresentassem a palavra “currículo” no corpo do texto. Para tanto, realizamos essa tarefa por meio da ferramenta “localizar” disponibilizada pelo formato de arquivo digital Acrobat Reader (PDF). Com isso, localizamos 5 textos, entre teses (1) e dissertações (4), que consistem a amostra do presente artigo. A opção por esta sequência lógica se deve ao nosso desejo de discutir os currículos formadores em saúde a partir da EPS. Selecionada a mencionada amostra, lançamos sobre ela a seguinte pergunta: é possível pensar um currículo a partir da EPS? Se a resposta for afirmativa, como os currículos formadores em saúde se relacionam com a EPS? Esta relação tem sido discutida por alguns autores (Ricardo BurgCeccim& Laura C. MacruzFeuerwerker, 2004a e 2004b; Dolores Araújo. Maria Claudina Gomes de Miranda. Sandra L. Brasil, 2007) na tentativa de romper com o modelo hegemônico dos currículos formadores na área da saúde no Brasil, buscando através da EPS construir

uma interlocução entre ensino, gestão, atenção e controle social - Quadrilátero da Formação em Saúde - no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com as Instituições de Ensino Superior (IES). Pensando em discutir estas questões, primeiramente apresentaremos as principais teorias sobre currículo e suas bases epistemológicas. Na sequência, exibiremos a caracterização e análise dos textos selecionados pela pesquisa. Por fim, apontaremos quais são os limites e as possibilidades para a construção do conhecimento curricular a partir da EPS, considerando a hipótese de que essa última está fundamentada em uma perspectiva pós-estruturalista em face da hegemonia posta pelos atuais currículos de formação em saúde. RESULTADOS: Para a caracterização e análise dos 5 textos selecionados pela pesquisa, além de uma leitura mais atenta dos títulos, resumos, palavras-chave e CONSIDERAÇÕES FINAIS (de alguns textos), realizamos uma busca pela palavra “currículo” no interior dos textos. Quando encontrada, recorreremos tanto a uma leitura do parágrafo em que ela foi encontrada quanto àqueles anteriores e posteriores à sua ocorrência. Paralelo a isso, construímos uma tabela para organizar e armazenar os dados referentes ao tema currículo presente no contexto de trabalhos acadêmicos sobre EPS. Após a leitura, conforme indicamos acima percebemos que a palavra “currículo” não se apresentou diretamente no título, nas palavras-chaves, nos resumos e nas considerações finais. As discussões dos trabalhos se concentram, de forma geral, em aspectos relativos à necessidade de mudanças da formação da área da saúde e/ou na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa concentração sugere apesar da ausência do termo “currículo” nessas partes dos trabalho, uma preocupação com o currículo da formação em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por

fim, ponderando que o objetivo geral do nosso artigo foi investigar como tem sido abordada a relação entre EPS e os currículos formadores na área da saúde segundo algumas dissertações e teses, algumas questões surgiram. Primeira: os textos não definem o que eles chamam de currículo; segunda: não abordam de maneira direta as concepções de currículo; terceira: não versam sobre as diferentes especificidades ou dimensões curriculares: currículo oficial, formal, real, explícito, ensinado, aprendido, oculto, nulo. No entanto, apesar desses problemas, conseguimos visualizar nos textos a relação que os autores tentaram estabelecer entre a EPS e os currículos formadores, mas nem todos os textos lançaram propostas de como essa relação poderia ocorrer. Além de não apresentarem os limites e possibilidades para mudanças nos cursos de graduação da área da saúde. Acreditando que a discussão trazida neste artigo não se encerra por aqui, buscamos com ele entender que existem limites para a relação Educação Permanente em Saúde e os currículos formadores na área da saúde. Sendo que, esses limites se encontram tanto nas universidades quanto no campo prático da atuação profissional. Mas, de todo modo, as possibilidades continuam sendo tecidas e inventadas nas mais diferentes esferas - ensino, no serviço, na pesquisa, na atenção e no controle social – dessa relação.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UMA OFICINA DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DOCUMENTAL

Analice Aparecida dos Santos, Marcelo Dalla Vecchia

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Saúde Mental, Estudo documental

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS

(2009), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que propõe uma forma de aprendizado de acordo com a realidade da prática diária do trabalho do profissional. Pressupõe que os processos de formação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do seu trabalho cotidiano, e considera que as necessidades formativas e de desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas demandas de atenção à saúde dos usuários atendidos pelos serviços. Ao discorrer a respeito da introdução desse novo método de aprendizagem, Ceccim (2005) afirma que a EPS é uma estratégia fundamental de formação com o intuito de orientar o desenvolvimento dos profissionais e também das estratégias de trabalho e práticas em saúde. Buscam-se viabilizar ações intersectoriais, para sanar a histórica fragmentação entre os níveis de atenção à saúde, e dar visibilidade aos determinantes sociais do processo saúde-doença. A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, em que a formação contemple a possibilidade e oportunidade de transformação do ambiente profissional. A proposta é que os trabalhadores aprendam a aprender e considerem as necessidades de saúde das pessoas, transformando as práticas profissionais e de organização do trabalho (MS, 2009). A EPS não deve assumir um papel tradicional da educação de somente mudar ou incorporar novos elementos à prática dos trabalhadores. Ela também tem como objetivo gerar uma “desacomodação” dos saberes e práticas já existentes. Deve-se tentar constituir uma espécie de tensão entre o que já se obteve de conhecimento e o que há por saber. A necessidade de mudança ou de crescimento vem da percepção de que a maneira com que se está trabalhado é insatisfatória, criando assim um “estranhamento da realidade”, e o desejo de incorporação de novos elementos às práticas ou aos

seus conceitos (CECCIM; FERLA, 2008). O presente trabalho relata uma pesquisa desenvolvida em nível de iniciação científica cujo objetivo foi identificar e categorizar as práticas de uma Oficina formativa em Saúde Mental, de acordo com os princípios e diretrizes apontados na PNEPS, como indispensáveis para que uma prática seja considerada EPS. Para o desenvolvimento do trabalho foram estabelecidas categorias daquilo que se faria necessário para que uma prática tenha os princípios de uma EPS, e em seguida os relatos de uma Oficina de Saúde Mental, desenvolvida com os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, foram analisados e categorizados. Após esse trabalho, aprofundou-se a revisão bibliográfica acerca do tema, procurando na análise justificar as categorias através da literatura consultada e trazendo trechos dos relatos como exemplificação das categorias e dos discursos que estas articulavam. Como forma de melhor sistematizar as categorias, estas foram divididas entre os quatro eixos propostos pelo “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”. Trata-se de uma proposta estabelecida por Ceccim e Feuerwerker (2004), em que os autores propõem eixos básicos para o desenvolvimento da formação em saúde: ensino, atenção, gestão e participação social. Essa proposta tem como princípio a reorientação da educação em saúde através das modificações das práticas e o desenvolvimento de dispositivos que proporcionem momentos de escuta das necessidades dos profissionais. A proposta do Quadrilátero inclui-se nos esforços por avançar em uma política nacional de formação desenvolvimento de profissionais de saúde que inclua as ações de educação permanente como elemento estruturante (Ceccim & Ferla, 2008). Após a análise observou-se que o trabalho desenvolvido na Oficina de Saúde Mental cumpre com a proposta de uma prática embasada

em EPS no que tange aos aspectos de (a) ensino, apresentando-se em relatos que demonstram questões como levar em consideração os conhecimentos e experiências dos participantes; considerar a necessidade de flexibilidade no planejamento dos encontros como forma de incorporar as necessidades formativas dos participantes; modificar as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento; o cuidado dos coordenadores em estarem atentos às demandas levantadas pelos profissionais e preocupação em proporcionar momentos de reflexão da prática; (b) atenção, nos trechos que demonstram a aplicação da teoria apreendida à prática e à tomada de consciência da importância do trabalho em equipe; possibilidades de aprendizagem por meio das experiências desenvolvidas no trabalho e a incorporação do ensino e aprendizagem na vida cotidiana profissional (c) gestão, presente nos relatos acerca de que os trabalhos desenvolvidos também se pautavam nas necessidades de saúde dos profissionais. No que diz respeito à participação social não é possível identificar aspectos dentro do relato, pelo fato de que talvez não fosse esse o objetivo dos coordenadores das Oficinas. A Oficina de Saúde Mental desenvolvida na UBS não tinha como proposta inicial se tratar de um trabalho de EPS, porém com o desenrolar das Oficinas, foi demandado por parte dos funcionários um trabalho em que fosse possível refletir sobre o processo de trabalho e as dificuldades que eles possuíam no que diz respeito ao trabalho em grupo. Ficou evidenciado que o processo da Oficina, antes mesmo dessa demanda oficial, já apontava para os princípios da EPS, mas ao ser apresentada a dificuldade dos participantes, os coordenadores das Oficinas suspenderam a sua proposta inicial e começaram a trabalhar com os profissionais com o objetivo de sanar as

dificuldades e procurar soluções para os problemas apresentados pela equipe. Conclui-se, portanto, que trabalho foi desenvolvido com base nas premissas de uma EPS, pois foram construídas propostas de soluções dos problemas em conjunto com todos os participantes. Não é possível afirmar que as soluções apresentadas foram efetivamente implementadas, pois os relatos se referem apenas às Oficinas. É importante salientar que tratava-se de Oficinas que faziam parte de uma pesquisa de mestrado. A inserção na UBS por meio da pesquisa-ação perdurou, no entanto, sua análise extrapola os objetivos desta pesquisa. Há uma limitação na análise pelo fato de que a pesquisadora não participou das Oficinas, tendo acesso somente aos relatos de outra pessoa. Isso proporciona limitações quanto à questão subjetiva das Oficinas. No entanto, o objetivo principal de analisar os pontos de EPS que podem ser observados nos relatos foi cumprido, apontando que há muito de uma proposta de EPS dentro desses relatos das Oficinas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Renata Fonsêca Sousa de Oliveira, Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Comissão de Integração de Ensino-Serviço, Educação na Saúde

INTRODUÇÃO: A realização das políticas públicas de Recursos Humanos em Saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil, vem colocando em evidência a necessidade de compreender a relação entre trabalho e educação, sob um novo olhar. O Artigo 200 da Constituição

Federal do Brasil de 1988 afirma que, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, nos termos da lei: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”¹. Nessa perspectiva, instituiu-se em fevereiro de 2004 através da Portaria nº 198 GM/MS a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tendo como ênfase a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1996 de 2007. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como estratégia de reestruturação dos serviços e a sua proposta preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), estrategicamente prevê transformar e qualificar as ações e os serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas e de saúde. Nessa nova concepção, a prática do aprender e do ensinar se incorporam e se relacionam nos ambientes de ensino-serviço. Ademais, é importante compreender a importância de se fazer educação na saúde, com vista a repensar nas práticas de educação na saúde, romper com o modelo tradicional de saúde vigente, bem como promover a EPS. Diante desse contexto, a presente pesquisa tem como objetivo identificar a existência da Política de Educação Permanente em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil e se há a participação dessas instituições nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES) e se executam atividades de educação na saúde. Esta pesquisa faz parte do projeto de “Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS”, realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN). O referido projeto tem como propósito contribuir para a qualificação da área de Gestão de trabalho e Educação na Saúde do SUS. Para a elaboração desta pesquisa, abarcou-se como referência o relatório

“Diagnóstico das Estruturas de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde no Brasil”, que visa compreender a forma de organização e funcionamento das estruturas de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil, sendo realizado no período de novembro de 2012 a abril de 2014. MÉTODO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa. Os dados do referido relatório foram coletados através de um levantamento a partir de um formulário. Para o presente trabalho, foram destacadas as informações sobre as estruturas de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde das instituições pesquisadas e as atividades desenvolvidas. Os sujeitos informantes foram os alunos dos Cursos de Especialização e de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde desenvolvidos na modalidade de Educação a Distância, curso este desenvolvido pelo Observatório RH da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - em parceria com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, que teve como intuito qualificar os processos de Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito do setor público, através da capacitação dos técnicos que atuam nas dimensões política, técnica e administrativa. Salienta-se que o quantitativo de alunos matriculados no curso de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde foram 664, sendo que destes, 578 foram alunos no curso de Especialização e 86 do curso de Aperfeiçoamento. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Participaram da pesquisa 128 instituições, sendo 8 secretarias do âmbito estadual e 120 secretarias do âmbito municipal. Os resultados apontaram que apenas 38,2% das secretarias investigadas afirmaram existir em suas instituições a Política de Educação Permanente em Saúde.

Compreende-se que esse quantitativo é insuficiente, levando em consideração a importância dessa política, uma vez que proporciona aos profissionais de saúde que repensem suas práticas, compreendam os seus processos de trabalhos e busquem superar as dificuldades individuais e coletivas. Estudos como o de Ceccim, corroboram com tal ideia, ao mencionar a existência dessa política como “um ato político de defesa ao trabalhador do SUS”⁴. Em relação à participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço - instância esta que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, bem como da elaboração de projetos de mudança na formação e na reorganização do serviço-, verificou-se que apenas 46,3% dessas secretarias participam. Porém, segundo a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, preconiza-se que nenhum município deverá ficar sem sua referência a uma CIES3. Constatou-se que 56,9% das instituições executam atividades de educação na saúde, a qual pode proporcionar mudanças nas práticas dos profissionais, refletindo assim, na qualidade do serviço prestado à comunidade. Vale salientar que “a educação permeia todas as fases da vida do homem, sendo imprescindível nas relações pessoais, sociais e políticas”⁵. Por conseguinte, quando bem planejada e desenvolvida, a educação é capaz de produzir mudanças positivas nos ambientes de trabalho, no sentido de efetivar ações para o enfrentamento dos desafios gerados no trabalho diário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados encontrados possibilitaram identificar que apesar de a maioria das instituições executarem ações de educação na saúde, as secretarias investigadas ainda não instituíram formalmente uma Política de Educação Permanente na Saúde em suas instituições, como também não participam das Comissões de Integração

de Ensino-Serviço. Tais aspectos suscitam a necessidade da discussão e a ampliação do debate acerca da Educação Permanente em Saúde, bem como o conhecimento e/ou reconhecimento, por parte das instituições, de que é necessária a indução de mecanismos que gerem a valorização e o desenvolvimento do profissional. Diante desse contexto, sugere-se que as instituições de saúde viabilizem a implantação e o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde, de modo a qualificar os gestores e os profissionais de saúde para a implantação, implementação ou redirecionamento de suas ações, possibilitando contribuir decisivamente para o desenvolvimento da gestão pública, especialmente na área de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS – ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DE SAÚDE RIO MADEIRA/AM

Fabiana Mônica Martins, Júlio César Schweickardt

O objetivo da dissertação foi propor um debate referente às experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de saúde no interior do Estado do Amazonas e identificar o processo micropolítico da EPS com esses profissionais, tomando como um caso a Região de Saúde Rio Madeira/AM. Compartilhamos o pensamento de Michel Foucault quanto à produção do discurso, em que os principais atores foram os profissionais de saúde do SUS da Região. Estabelecemos diálogos sobre o processo de trabalho deles e, partindo dos enunciados (gravados e redigidos) formamos categorias com referência ao desenho do Quadrilátero da Formação – assistência, ensino, gestão e participação. Foi um ensaio para desenvolvermos nossa capacidade da prática discursiva no sentido

de agenciarmos a positividade do discurso e do saber, ou seja, valorizarmos a produção enquanto processo. Vivenciamos a dinâmica de aprender a aprender no convívio com as realidades aonde visualizamos a Educação Permanente em Saúde no mundo do trabalho, inclusive do nosso, e que se tornou significativa por interrogar as questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano. Contagiar-se dessa produção de mundo, superou as nossas categorias e se tornou uma mágica Mandala Amazônica que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho alegre e gratificante. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e na modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais. Portanto, a introdução da EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. Para seguir adiante, sem a pretensão de concluir esse estudo, queremos pontuar ainda algumas implicações de nossos aprendizados nos territórios das matas, dos pequenos municípios, das estradas nas águas e no ar, dos igapós, dos banheiros, da rua, das praças, dos movimentos no cotidiano do trabalho em saúde no interior do Amazonas. Foi esse movimento da mandala, do banheiro da Educação Permanente em Saúde que nos encharcou e a cada ida e vinda dos territórios (no vai e vem do banheiro que toca e transforma as barrancas dos rios, na Mandala Amazônica) íamos refletindo, dialogando, construindo conexões, com os moradores dos locais, com os trabalhadores e até mesmo com as crianças na praça aonde foram produzidos muitos ‘encontros’. Reaprendemos que a nossa EPS também estava acontecendo naquele encontro e que é viva em ato, sendo de fato, aprendizagem no cotidiano, especialmente, tem potência

no enunciado de cada trabalhador do SUS. A imagem do caboclo no rio nos reporta a esse processo, de conduzir a canoa, respeitando as curvas do rio (respeitando os processos de ensino-aprendizagem), os banheiros provocados pela passagem de outros barcos (maiores), ou seja, a condução da EPS no cotidiano é como a rabeta, pois desvendar essa condição de aprendiz no dia a dia e jogá-la para os telhados (tornar conhecido) é ainda um desafio. Nesse sentido, tornar visível a dimensão micropolítica do trabalho em saúde foi uma experiência singular, tendo em vista as diferentes naturezas tecnológicas que compõem as ofertas dos serviços para o cuidado (Merhy, 2013). Nelas incluídas interseccionadas a participação, o ensino formal e cotidiano, a gestão – todas desenvolvidas nas unidades de cuidado em ato –, que dão visibilidade ao movimento produzido nestes caminhos (muitas vezes das águas), que não se colocam em linha reta e não são finitos, mas se apresentam em movimento como o vai e vem do banheiro. Esse movimento mágico que inundou e inunda nossas vidas faz-nos lembrar o Apuizeiro, com suas raízes persistentes buscando a seiva, os novos caminhos para não se ‘enquadrar’ na condição que lhe foi colocado. Como o Apuí, fruto que alimenta grande parte da população das aves da mata amazônica, queremos também contribuir com a produção do conhecimento nestes cenários vivos de produção da saúde. Foucault afirma que é necessário tomar a palavra e sermos envolvidos por ela, para que sejamos conduzidos além dos discursos. Contagiar-se dessa produção de mundo é como a nossa mágica mandala que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho mais alegre e gratificante, apesar dos conflitos, dificuldades. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com

destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais. Não se trata de uma verdade absoluta, muito menos de uma nova verdade sobre a formação na saúde, mas é sim, para nós um emaranhado de conexões, de verdades locais, talvez até provisórias, mas que apostam nas potências de seus atores. Trazendo para a cena um feixe de luz da experiência com seu Pedro (pescador e morador local), acreditamos que a introdução a EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. A produção do conhecimento com a integração ensino-serviço através dos internatos rurais, do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios nas Realidades do Sistema Único de Saúde), da EPS em Movimento, da Formação de Docentes em EPS, pode possibilitar/ativar as vivências significativas para a melhoria do cuidado à saúde e a identificação das potências dos municípios. Aliado a esses processos, entendemos que a EPS acontece todos os momentos que as equipes de saúde e gestores estejam problematizando a sua prática de trabalho. A EPS se revela naquilo que não vemos, porque queremos traduzi-la em cursos e capacitações. A EPS está numa simples roda de conversa e nos encontros pedagógicos. Nesse sentido, apontamos a relevância da CIES (Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço) no seu potencial para fomentar e estimular as práticas de formação e desenvolvimento na saúde bem como de mobilizar os gestores do SUS e as instituições formadoras para a construção de propostas colaborativas. As Políticas de Saúde a serem implementadas nos municípios, suas portarias emitidas, viabilizam movimentos de reformulação e criam demandas por formação dos profissionais (conteúdo a ser discutido e aprofundado futuramente). Esse processo produz a necessidade de aprendizado que extrapola a modalidade de treinamentos tradicionais. São processos que gritam por

outras fontes de informação, como por exemplo, estruturar rodas de conversa e de estabelecer redes de torças com instituições, com consultores ou parceiros. Prova disso, as experiências positivas de muitos discursos trazidos até aqui, ou seja, está em nós a construção do cotidiano através da pedagogia da roda e das redes de interação. Assim, podemos partir ‘da e para’ a realidade dos cenários do campo (também do cotidiano dos trabalhadores) com as lentes de um caleidoscópio, com o olhar vibrátil capaz de reconhecer o trabalho como princípio educativo, valorizando os espaços de debate e problematização, aceitando ativamente os processos de mudança.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Márcia Schott, Maria Helena Salgado Bagnato

Palavras-chave: educação continuada, políticas públicas, recursos humanos em saúde

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas na área de concentração de Ensino e Práticas Culturais, ano 2013. Este estudo trata aspectos da educação dos trabalhadores da saúde. Objetivou-se analisar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo. Com vistas a alcançar um maior entendimento do contexto no qual se insere a PNEPS e do qual ela emerge realizou-se exaustiva consulta a fontes secundárias e revisão de literatura que resultou numa ampla abordagem dos três temas centrais deste estudo: o trabalho, a educação, a política. Por fim tratou-se da PNEPS em SP. Esse

estado conforma 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS's) responsáveis pelas 62 Regiões de Saúde que agregam os 645 municípios. Toda Região de Saúde tem um Colegiado de Gestão Regional (CGR) representativo. Cada DRS conta com um Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) e um Núcleo de Educação Permanente (NEPS) os quais tem papel central na implementação da PNEPS no estado (VIANA et al., 2010). Além da análise documental foram realizadas entrevistas e aplicados questionários as representantes dos CDQS e NEPS. A amostra final de participantes foi composta a partir de seis (6) entrevistas realizadas com representantes de cada uma das cinco CIES sendo que em três (3) delas foram entrevistadas duas (2) pessoas, totalizando assim nove (9) sujeitos. A participação restante se deu através da resposta individual de cinco (5) questionários. Desta forma o número total de participantes na pesquisa foi de quatorze (14) indivíduos: CDQ (10), NEP (3) e DRS (1). Portanto 10 DRS tiveram representação na pesquisa sendo 5 pela entrevista e 5 via questionário. Os demais (7) não participaram por não terem respondido o questionário encaminhado. A instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) pela Portaria Nº 198/GM/MS de 2004 foi precedida pela implementação em 1997 dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF), instituídos em vários estados do país. No estado de SP foram instituídos 5 Pólos-SF: Pólo da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Pólo de Santos, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família de Marília, de Ribeirão Preto e de Botucatu (VIANA et al., 2008, SILVA, 2009). Viana et al. (2008) investigaram o processo de transição dos Pólos-SF para os PEPS em SP e concluíram que essa transição dos Pólos

no estado teve como “aspectos positivos o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e a compreensão de que os antigos Pólos foram embriões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde” (VIANA et al., 2008, p. 183). Os Pólos-SF tinham entre suas fragilidades: restrição na oferta de cursos, domínio das instituições de ensino superior em detrimento dos demais participantes, capacitação restrita a algumas categorias profissionais (VIANA et al., 2008). Esses pontos não foram identificados apenas em SP, pois em geral houve uma ruptura na transição dos Pólos - SF para os PEPS. A fragmentação foi um eixo desorganizador do processo, pois a transição dos Pólos-SF para a Política (PEPS) não foi planejada e imprimiu uma descontinuidade que pode ter tido êxito em alguns casos, mas resultou em perdas e desgastes em outros (GERSCHMAN e SCHOTT, 2010). A partir de 2007, com a instituição das novas diretrizes da Política através da Portaria 1996/GM/MS, decidiu-se que oito (8) Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) substituiriam os oito (8) Pólos de Educação Permanente de SP mantendo o arranjo locorregional já existente. No entanto os CDQ's já haviam sido criados justamente para fortalecer a Educação Permanente em Saúde em SP e tiveram papel fundamental na implementação da PNEPS, pois tinham maior interlocução com os CGR(s) assumindo um papel de articulador regional (VIANA et al., 2010). Neste cenário o papel das CIES(s) instituídas passou a ser repensado levando a uma reorganização dessas estruturas no ano de 2009 numa oficina coordenada pelo Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOP) (CEFOP, 2011). A partir de então, as oito 8 CIES existentes (correspondentes aos antigos PEPS) foram reduzidas a cinco (5) correspondendo agora as cinco (5) macrorregiões de saúde de SP no sentido de facilitar a inclusão regional e incentivar uma função articuladora da

integração ensino e serviço: CENTRO-SUL, LESTE, OESTE, NOROESTE E NORDESTE. Percebe-se que de fato o estado de SP criou uma instância própria na estrutura administrativa responsável pela formação e educação continuada na área da saúde no âmbito do SUS não previstas na Portaria 198/2004 e que também não foram instituídas posteriormente pela Portaria 1996/2007. Mesmo que não houvesse mudanças nas diretrizes nacionais da PNEPS, as ações de EP na área da saúde em SP estariam a partir de 2007 sob responsabilidade direta ou indireta das instâncias estaduais competentes, CDQ(s) e NEP (s,) ao menos na localidade de cada DRS. No entanto esse arranjo não impediu que o estado mantivesse a estrutura macrorregional dos Pólos de EP e instituisse as CIES(s) conforme previsto pela Política. Houve uma mobilização da SES e COSEMS/SP para que as diretrizes nacionais fossem implementadas (SES e COSEMS-SP, 2007). A reestruturação das CIES(s) de SP em 2009 resultou de um diagnóstico de que esta instância não tinha ainda conseguido assumir o papel previsto na Portaria 1996/2007 pois as funções eram desempenhadas pelos CDQ's e NEP's como a cooperação técnica aos CGR(s). Este estudo constatou que as CIES's previstas como substitutas dos PEPS não estão consolidadas no estado e suas atribuições são desenvolvidas mais pelas instâncias próprias da gestão estadual da saúde em SP. Observou-se ainda que os CGR's não são condutores da implementação da Política como previsto pela Portaria, pois tratam das questões relativas à PNEPS muito mais via representantes indicados pelos gestores e que são assessorados pelos DRS(s) nas atividades relativas à Educação Permanente em Saúde como na construção e desenvolvimento dos PAREPS. Constatamos ainda que o financiamento da Política é de difícil execução mesmo com as novas diretrizes e que a participação do setor

público é prevalente principalmente por parte da gestão da saúde e da formação sendo praticamente inexistente a participação da gestão da educação e dos serviços privados. Percebemos que as compreensões de EP dos sujeitos participantes tem concordância com a noção de educação permanente em saúde difundida pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde. Esta análise revela que apesar da implementação desta Política estar em curso ela parece mais retida na intenção de EP que numa inserção real dessa educação no cotidiano dos trabalhadores da saúde, explicitando assim certa distância entre o pretendido e o realizado, não apenas pelas recontextualizações inerentes à circulação do texto político, mas por contradições próprias (BERNSTEIN, 1996; BALL, 2002.). A Portaria 1996/2007 tanto reproduziu dificuldades natas, como a participação do quadrilátero (ensino, gestão, atenção e controle social) sem dispositivos de articulação interinstitucional, quanto introduziu uma diretriz que parece não favorecer ao desenvolvimento da EPS que é a condução pelos CGR's. Por fim as dificuldades para implementação das diretrizes da Política terão que ser superadas no contexto da constituição em curso das Redes de Atenção à Saúde e dos desafios de uma gestão regional.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA EFICAZ COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Andreia Rejane Rodrigues Ferreira

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Gestão do Trabalho em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde

APRESENTAÇÃO: A educação permanente em saúde, como estratégia sistemática e

global, pode abranger em seu processo várias ações específicas de capacitação e aprendizagem e requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Neste sentido, é entendida nesse trabalho como uma estratégia eficaz para os desafios da gestão, no que se refere à melhoria dos processos de trabalho e de educação em saúde no município de Nova Olinda do Norte-Am. As metodologias inovadoras aplicadas nas práticas de serviço de toda a equipe, bem como a trajetória percorrida, são propostas para melhorar e intensificar as ações em saúde, pois muito se espera das equipes, contudo precisamos compartilhar das mesmas experiências que deram resultados satisfatórios e reconhecer o ambiente de trabalho como fonte de inspiração e aprendizado, embasados na tríade: usuário, trabalhador de saúde e gestão. A proposta é resgatar a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos do SUS e assim potencializar o processo de trabalho a partir da construção de saberes. DESENVOLVIMENTO: Identificação, explicação e análise do problema: A gestão de saúde de Nova Olinda do Norte, está habilitada para a gestão plena na Atenção Básica, sendo os serviços de média e alta complexidade de responsabilidade da gestão estadual. O município possui 85% dos profissionais de saúde com vínculo empregatício de caráter temporário, pois ainda não realizou concurso público para a contratação dos mesmos. Quando tratamos da questão do vínculo de emprego, nos deparamos com os primeiros nós críticos da nossa temática. A insegurança, a instabilidade e a rotatividade de profissionais, gera uma descontinuidade nos processos de trabalho, que

permanentemente precisam ser revistos, não por razões operacionais ou de cunho organizacional, mas principalmente por recondução de gestores que trazem consigo metodologias próprias de trabalho ou pouca experiência que afetam significativamente o cotidiano e comprometem a adesão e comprometimento da equipe. A educação permanente além de ser uma prática educativa que possibilita a formação de todos os profissionais, envolvendo a gestão compartilhada e as experiências vivenciadas pela troca de saberes, resgata a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos no âmbito do SUS e nas suas redes de atenção e serviços. Dependendo das estratégias utilizadas, esse processo educativo pode torna-se uma ferramenta que propiciará eficácia na melhoria dos processos de trabalho ou poderá ser um custo a mais, onerando despesas, desperdiçando tempo laboral, desinteresse no aprendizado e ineficiência nos resultados. Proposta de Intervenção: A proposta é resgatar a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos do SUS e assim potencializar o processo de trabalho a partir da construção de saberes, através da Educação Permanente em Saúde. Para orientar nosso trabalho, buscamos na Política Nacional de Educação Permanente o esboço para orientar nossas estratégias e atingir nosso objetivo. O modelo apresentado tem como objetivo utilizar a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas, sistematizando uma sequência que vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas. "Considerar esta

seqüência é de vital importância, porque o acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não se tiver refletido e identificado, na prática, os problemas.” (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2006). Se desejamos alcançar os princípios do SUS e se quisermos melhorar os serviços e o ambiente de trabalho, precisamos de profissionais devidamente valorizados e investidos de todas as ferramentas possíveis para o desenvolvimento salutar, e isso requer uma permanente ação educadora. 2.3 – Proposta de avaliação das ações planejadas Para avaliação e acompanhamento das ações, faz-se necessário a construção de indicadores a serem utilizados para medir o grau de cumprimento das ações e/ou dos resultados, são eles: PROBLEMA 1: Ausência de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço. INDICADOR: Criação dos Colegiados Gestores Locais nas Unidades Básicas de Saúde, a partir da resolução do CMS, no mês de outubro; PROBLEMA 2: Descontinuidade nos processos de trabalho. INDICADOR: Organização dos protocolos de atendimento; Número de oficinas realizadas; PROBLEMA 3: Ausência da ampla e ativa participação dos profissionais, seja na concepção dos conteúdos propostos ou na organização das estratégias nos processos de Educação Permanente. INDICADOR: Participação de todos os profissionais nas reuniões de planejamento das atividades mensal, em cada Unidade Básica de Saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No cotidiano, muitos são os problemas enfrentados nos ambientes de trabalho, impactando na qualidade das atividades laborais e processos de trabalho. Dentre esses problemas, destaca-se a carência de espaços de diálogo e gestão compartilhada, onde o trabalhador incorpore o seu papel como protagonista (sujeito) nos processos decisórios de planejamento e implementação no seu local de trabalho, aliado ao desconhecimento

dos instrumentos legais e normativos que permeiam questões relacionadas à sua própria prática profissional. Acreditamos que resultados positivos poderão ser alcançados, à medida que conseguirmos a demonstração dos processos e resultados obtidos na prática, mediante novos desenhos institucionais inovadores e eficazes. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e das limitações enfrentadas no decorrer da aplicação do projeto, facilitando a construção de novos apoios e o desenvolvimento de novas práticas onde todos os profissionais se sintam envolvidos como parte integrante e motivados nesse processo de trabalho, porque aprender e compartilhar são ferramentas nas atividades do cotidiano, proporcionando crescimento nas práticas em serviço. Ao mesmo tempo, espera-se contagiar os gerentes de equipe a serem também um agente de transformação e inovação no seu local de trabalho e progredir com espírito de coordenador. Em nossa realidade, as equipes de saúde promovem momentos de reflexão sobre o trabalho realizado em parceria com a Ouvidoria e Conselho Municipal de Saúde, buscando melhorar o desempenho e satisfação da comunidade, motivando-nos a enfrentar as possíveis resistências de alguns profissionais que ainda encaram sua função como meros operadores ou repetidores de práticas previamente estabelecidas.

EDUCAR PARA O MEIO AMBIENTE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Cinoélia Leal de Souza, Cristina Setenta Andrade, Adélia Reis

Palavras-chave: Ensino Superior, Educação Ambiental, Saúde Ambiental, Meio ambiente, Currículo

APRESENTAÇÃO: A Educação Ambiental na formação do ensino superior constitui

uma ferramenta imprescindível para a implicação das pessoas frente à necessidade de construir uma sociedade crítica e ativa diante da relação saúde/ambiente e da necessidade de preservação do meio ambiente, pois se reconhece o espaço universitário como território pulsante de movimentos de mudança importante para aplicação desses preceitos pelo acúmulo de saberes e produções. O homem é um componente do meio em que vive, e a forma com que ele utiliza os recursos disponíveis no meio ambiente gera resultados tanto para ele mesmo quanto para os outros componentes, por isso é crucial que o mesmo esteja sensibilizado para a necessidade de mitigar os impactos das suas ações sobre o ambiente. Dessa forma, a Educação Ambiental nasce como um processo que conduz a um saber ambiental materializado nos valores éticos e nas regras políticas de convívio social e de mercado, que implica a questão distributiva entre benefícios e prejuízos da apropriação e do uso da natureza (SORRENTINO, 2005). A forma com que o homem enxerga os recursos naturais disponíveis na sua própria realidade pode determinar se as ações dele para com esses recursos serão nocivas ou não, se trarão ou não impactos ao meio ambiente e consequências para a sua própria saúde, por isso, a Educação Ambiental deve fazer parte do cotidiano das pessoas. Couto e Bryan (2005) relatam que as questões do desenvolvimento sustentável estão em relação direta com as funções da universidade uma vez que a educação é essencial para suscitar mudanças no comportamento esperado do indivíduo enquanto que a investigação e a inovação social, científica e tecnológica funcionam como alavancas do desenvolvimento sustentável. Moisés et al. (2010) concluem ainda que a educação em saúde, a Educação Ambiental e a mobilização social são processos permanentes de transformação social, pois contribuem para o exercício

democrático do controle social em ações de saneamento do meio. OBJETIVO: Buscou-se analisar a Educação Ambiental nos cursos de graduação da área de saúde de instituições públicas de ensino superior do estado da Bahia. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Optou-se por uma pesquisa qualitativa e quantitativa com abordagem descritiva e exploratória em que foram coletados e analisados nos programas e ementas de disciplinas de dezesseis cursos de graduação na área de saúde em quatro universidades. Posteriormente foi aplicado um questionário semiestruturado a estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde das instituições de ensino estudadas. A primeira técnica utilizada para a coleta dos dados foi de fontes secundárias para análise documental, sendo que “esta visa estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas” (RICHARDSON, 2008, p.230). Cada curso de graduação em saúde tem em média 5 anos de duração, e cada semestre tem uma média de seis disciplinas. Foram analisadas aproximadamente 1020 ementas e programas de disciplinas para identificar 60 ementas e programas de disciplinas por curso com aproximação com a temática ambiental. A análise iniciou a partir das matrizes para identificação de programas e ementas dos cursos de graduação em saúde, das quatro universidades estaduais da Bahia, onde foram selecionadas as disciplinas dos cursos que apresentaram aproximações com a questão ambiental. Matrizes dos cursos de graduação em Saúde das Universidades Estaduais do Estado da Bahia: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia: A segunda técnica utilizada para a coleta dos dados, de fonte primária de informação, foi a entrevista para completar e enriquecer os dados obtidos de documentos, como também possibilitar a obtenção de dados diretamente do

sujeito entrevistado, ou seja, suas atitudes, valores e opiniões. Ocorreu de forma intencional a partir de dados obtidos de fontes secundárias. RESULTADOS: Os resultados apontaram que as disciplinas específicas sobre a temática ambiental na saúde, nos cursos de graduação em saúde, são prioritariamente oferecidas nos dois primeiros anos de estudo. Dos dezessete cursos de graduação em saúde estudados, quatorze apresentam, no mínimo, uma disciplina específica sobre a temática ambiental na saúde, dois cursos apresentam três disciplinas e quatro cursos não apresentam nenhuma disciplina sobre Meio ambiente e Saúde na sua matriz curricular. Os estudantes avaliaram a matriz do curso em que estuda como ruim em relação ao ensino de questões sobre o meio ambiente, contudo reconhecem a importância da discussão ambiental na saúde. A frequência com que os professores abordam as questões ambientais em suas aulas foi apontada como raramente, e a interação das temáticas saúde e meio ambiente nas suas aulas não é praticada com frequência. Os professores referem sobre que tipo de questão relacionada ao meio ambiente costumam abordar em suas aulas. Pouco percebeu-se no discurso dos professores sobre a existência de alguma atividade de pesquisa e extensão que aborde a relação saúde e meio ambiente em suas atividades desenvolvidas na universidade, e ainda notou-se que os mesmos desconhecem a existência de grupos de pesquisa ou extensão desenvolvidas na universidade por outros pesquisadores. Nos cursos de graduação em saúde das universidades estaduais da Bahia também existe uma predominância de conteúdos voltados quase que exclusivamente para a relação parasito-hospedeiro-ambiente. Essas disciplinas focam principalmente as doenças infectocontagiosas e direcionam para a prevenção de agravos, deixando muitos

aspectos importantes como secundários, a exemplo, pode-se citar as áreas de vulnerabilidade, as dificuldades de acesso à saúde devido dificuldades ambientais, ou mesmo uma discussão mais profunda sobre território em saúde. Muitos cursos apresentaram componentes curriculares que se aproximam da discussão interdisciplinar entre saúde e Meio ambiente, mesmo não sendo uma disciplina específica sobre o tema ambiental, a exemplo das disciplinas Saúde Coletiva e Epidemiologia. As disciplinas e/ou módulos de Saúde Coletiva destacam-se, de forma positiva, pois na sua própria concepção trazem o componente da interdisciplinaridade, na identificação dos problemas e necessidades da população e do ambiente, buscando analisar e intervir com conteúdo diverso com que se integram no aprendizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebe-se que apesar das mudanças curriculares, pelas quais os cursos de graduação em saúde vêm passando ao longo dos anos, o modelo de formação profissional apresenta foco em técnicas e práticas não preventivas. Tal situação evidencia um distanciamento na relação saúde/ambiente e na proteção ambiental. Isto faz com que os cursos de graduação em saúde minimizem associações entre doenças/saúde e questões ambientais, levando-se em conta que tais questões devem ser tratadas como tema transversal na graduação em saúde, sinalizando claramente a necessidade de mais discussões e melhor incorporação da temática ambiental no campo da saúde. Sabe-se que a universidade exerce um papel importante na sociedade, como instituição de formação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, na produção científica e nas atividades de extensão, ambas as responsabilidades das instituições de ensino superior. Há claramente uma carência na oferta de atividades de extensão que relacione Meio Ambiente e Saúde, nas instituições estudadas. Tal

fato sugere a urgência de incorporar-se, no ambiente universitário, a comunidade interna e externa, comunidades, alunos, famílias, professores, para que as barreiras ou potencialidades derivadas da ação homem/ambiente e ambiente/homem sejam estudadas, discutidas e minimizadas, quando necessário.

EDUCASAÚDE E A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA: PERFIL DA PRODUÇÃO DO PROFISSIONAL RESIDENTE

Aliriane Ferreira Almeida, Belchior Puziol Amaral

Palavras-chave: Produção de saberes, Produção científica em Saúde Coletiva, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, EducaSaúde, Produção do profissional residente

A Residência em Área Profissional da Saúde constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada às profissões que se relacionam com o trabalho na área de saúde, sob a forma de especialização em área profissional caracterizada por educação em serviço e realizada sob supervisão docente-assistencial. A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem 10 anos, com 07 turmas concluídas e este ano soma 7 categorias profissionais: psicologia, enfermagem, artes, pedagogia, serviço social, terapia ocupacional e educação física. A área profissional da Saúde Mental Coletiva corresponde à área de conhecimento especializado em Saúde, designada como Saúde Mental ou Atenção Psicossocial, abrangendo a gestão, a atenção, a formação e a participação social nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS),

da Política Nacional de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/ Intersetorial. O percurso formativo de 24 meses é distribuído em atividades práticas, teóricas e teórico-práticas que envolvem circulação e permanência em cenários de atuação em atenção psicossocial, promoção da saúde mental e educação em saúde mental, no âmbito do SUS, nos municípios de Novo Hamburgo, Canoas, São Leopoldo, Viamão e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. As atividades e o fazer pedagógico para as Residências foram pensados com objetivos de aperfeiçoamento e a especialização dos trabalhadores da área da saúde, visando à elevação dos padrões de desempenho ético, profissional e científico, em consonância aos princípios e diretrizes do SUS, colaborando para o seu desenvolvimento. Dentro desta perspectiva, o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) aposta que a produção dos saberes não corresponde apenas à construção do conhecimento, mas às práticas de conhecer. A formulação de ações em rede na produção de saberes nos serve à intenção de colocar em movimento, de maneira articulada, o conhecimento, a intervenção e a autoria, incentivando a produção educativa e coletiva da saúde. Como atores desta produção, temos os profissionais residentes vinculados ao Programa, que devem atender à entrega de Trabalho Final (Trabalho de Conclusão de Residência - TCR) que pode apresentar características de produção científica, técnica ou artística, e deve ser realizado sob supervisão temática e metodológica por orientador com titulação acadêmica mínima de mestrado e correspondente à temática e metodologia escolhida. Esta pesquisa buscou identificar e caracterizar esta produção científica dos profissionais residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (período de 2010 a 2013). Os TCRs de 2014 ainda não foram

disponibilizados no Repositório Institucional utilizado como fonte de dados, sendo assim, não foram analisados. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, que está em andamento, sendo um recorte de pesquisa quanti-qualitativa sobre a produção científica da rede de conversações do EducaSaúde. A metodologia utilizada para os resultados preliminares aqui apresentados se constituiu de: a) busca bibliográfica inicial no repositório acadêmico da UFRGS, o Lume, através de termos gerais como “residência and saúde” “residência and saúde coletiva” e depois através da pesquisa pelo termo integral “Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva”. Também foram verificados todos os registros constantes no acervo “Trabalhos de Conclusão de Especialização – Ciências Humanas” com a busca pelo nome do curso, visto que ele estava ligado à Faculdade de Educação. Os registros encontrados foram reunidos e filtrados (critério: ser de fato do referido Programa) totalizando um universo de 62 trabalhos na categoria Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. Os residentes realizaram essa especialização como integralização da carga-horária teórica vinculados ao Programa, assim, do universo de 62 TCCs, tivemos um total de 18 TCRs indexados no Lume. O tratamento dos dados foi feito através de planilha Excel e as análises se focaram no perfil temático. Para isto, foram analisadas as palavras-chave, que são termos com a função de sintetizar o conteúdo do documento facilitando a sua recuperação em buscas bibliográficas. Assim, num primeiro momento foram extraídas 62 palavras-chave. Duplicações, por motivos como digitação diferenciada entre maiúsculas e minúsculas, foram corrigidas manualmente e os termos diferentes para expressar o mesmo conceito, para fins da pesquisa, foram padronizados, exemplos: Sistema Único de Saúde e SUS (padronizado

para SUS; Residência Multiprofissional e Residência Multiprofissional em Saúde (padronizado para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde). As palavras-chaves mais recorrentes foram as que indicam a grande área temática dos TCRs: Saúde Mental Coletiva (06 ocorrências), Saúde Mental (06 ocorrências) e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (05 ocorrências), porém, a análise mostrou uma grande dispersão no uso de termos e conceitos, totalizando uma variedade de outros 38 termos utilizados, que correspondem a maior parcela das 62 encontradas inicialmente. Em razão deste desdobramento, surgiu a necessidade de maiores subsídios para estudar este perfil temático. Neste segundo momento, buscou-se identificar, através dos resumos dos TCRs, enunciados que pudessem servir de chaves para abrir as caixas-conceitos de cada uma destas produções científicas. Os enunciados não são necessariamente transcrições de trechos do resumo, pois foram coletados pelos pesquisadores e, ao contrário das palavras-chave, se propõem a ser livres, sem intenção de sintetizar o conteúdo do Trabalho, mas sim ampliá-lo, sem exaustividade de termos e, por isso, se constituem num exercício de trazer em outro olhar desta produção, olhar que busca a (re) significação do que foi expresso em outro momento pelos residentes, e que trazem seus processos de construção de saberes na escrita. Os enunciados dialogam com as palavras-chaves e com os princípios norteadores do fazer pedagógico dentro da rede EducaSaúde e também se constituem em processo metodológico. Com o mapeamento desta produção científica - ou produção de sab(s)eres partiremos para uma segunda etapa: a avaliação do fazer-se(r) da produção de saberes, na qual o foco principal será qual a produção de afetos resultantes dos Trabalhos de Conclusão de Residência em Saúde Mental Coletiva.

Esta etapa prevê a revisitação do espaço de produção, seja ele o espaço subjetivo de autoria, através da fala dos residentes, quanto o espaço objetivo de ação da pesquisa realizada (exemplo: instituições). Com estes resultados será possível também um maior (re)conhecimento tanto do processo de construção dos Trabalhos de Conclusão quanto do seu ponto originário, ou seja, as práticas pedagógicas desenvolvidas dentro e fora de sala de aula, construindo um vértice-qualificação desses caminhos.

ENFATIZANDO A SAÚDE BUCAL NO PET-REDES: OS DIZERES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Juliane Seger Falcão, Gabriele Lucas Ferrarezi, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: saúde bucal, atenção psicossocial, drogas

APRESENTAÇÃO: Este estudo faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- Redes de Atenção (PET-Redes) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), intitulado “Apoio ao usuário de Álcool, Crack e outras drogas na rede de Atenção Psicossocial”. A motivação para este estudo foi a de que, ao longo das atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD), os acadêmicos de Odontologia perceberam que os usuários do serviço tinham muitas necessidades odontológicas acumuladas, as quais seriam, paulatinamente, tratadas no Complexo de Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFMS. Considerando o processo saúde-doença dessa população e como resultado de problematizações nos trabalhos em grupos, consideramos que, além de ações odontológicas assistenciais, seria necessário compreendermos como estes sujeitos percebem sua própria saúde bucal, para que ocorresse o entendimento

mais amplo do porquê de tantas demandas odontológicas nesse grupo, que pode ser considerado de grande vulnerabilidade. A percepção dos sujeitos sobre como procede sua situação de saúde é importante, para que então o mesmo possa procurar por ações assistenciais e preventivas. O objetivo deste estudo foi de compreender a percepção de usuários de álcool/outras drogas em relação à saúde bucal. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.** Método do estudo: Estudo qualitativo, realizado no CAPS-AD de Campo Grande (MS), de agosto de 2014 a maio de 2015; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (protocolo 545.606). Participaram do estudo todos os 38 voluntários, do sexo masculino e usuários de álcool e outras drogas, que frequentavam o grupo de apoio “Rodas de Conversa”. A amostragem foi definida por exaustão, considerando que o universo dos sujeitos em questão foi ouvido. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, cujo conteúdo foi transcrito, lido exaustivamente e submetido à Análise de Conteúdo (Bardin, 2007)¹. Resultados encontrados na pesquisa Desta análise, emergiram as seguintes categorias textuais: 1. Cuidado em saúde bucal; 2. Efeitos das drogas sobre a saúde bucal; 3. Acesso ao tratamento odontológico; 4. Consequências para o autocuidado/ autoestima; 5. Hábitos populares. Os indivíduos relataram como, ao longo de sua vida, ocorreram os cuidados com a saúde bucal, os quais foram realizados ou não, pelos pais/mãe; alguns declararam que nunca tiveram esse cuidado: “eu nunca tive auxílio de pai e mãe, eles nunca me incentivaram a ter uma higienização bucal, de falar vai escovar os dentes. Então meus dentes mesmo são precários.” (A13P2) “depois que a gente veio pra cidade que vi escova, antes nem sabia o que era escova e pasta de dente.” (A19P2) “aos 11 anos que eu vim pra cidade que conheci dentista pela

primeira vez.” (A2P1) Alguns mencionaram os efeitos que as substâncias causaram: “a boca fica seca por causa da droga, quando a gente faz o uso. A gente cospe e parece que sai um monte de “nevinha”, e o dentista disse que a saliva ajuda a proteger os dentes.” (A5P2) “a pipa é aquele da antena que você usa, aquilo lá vai esquentando, e vai queimando a boca, a gente só percebe depois que passa o efeito, mas quando você tá fissurado você queima até o beijo, queima tudo, você tá lá fissurado, queima os dedos, fica escuro, aquilo derrete o dedo e você fica até sem digital...” (A15P2) “eu vou te falar, a pasta base mexe com a cárie, por que inflama e tudo mais, começa doer tudo a gengiva, ardendo, daí onde coloca a prótese dói demais.” (A13P2) “...cocaína não tira apenas o esmalte, mas a sensibilidade, gosto, você não sente gosto de nada.” (A6P2) “sua boca fica com mau cheiro, e o seu parceiro que fica junto, já vai saber que você tá com problema de droga, tá na boca o gosto da droga.” (A2P2) “as vezes cozinha a boca da gente, não conseguia comer, o álcool cozinha a boca da gente, fica sensível, o dente ficava mole, mordida e quebrava o dente, o álcool destruía o dente, ele ficava bem molinho, parecia dente de leite, cozinha a boca da gente...a gente é bem relaxado mesmo.” (A8P1) O acesso ao serviço odontológico foi uma das dificuldades relatadas: “faltam postos que façam o atendimento, às vezes você precisa por uma dentadura e você faz o tratamento e tem que esperar 1 ano, e tem uma fila quilométrica, por isso as pessoas quase não procuram, caso não tenha paciência ela abandona.” (A1P1) “Eu nem procuro, isso gasta dinheiro, demora demais, para arrancar um dente eles demoraram, eu arranco um dente no mesmo dia.” (A16P2) Em relação à própria aparência, muitos deles, quando sob efeito do uso de drogas/álcool não se importavam com sua apresentação e sorriso: “quando você tá

fazendo uso de álcool, você nem se preocupa com a sua aparência, às vezes nem lembra de ter que escovar os dentes, você dorme tarde e nem vê, daí vai estragando cada vez mais.” (A11P1) “eu tinha vergonha de sorrir com esse monte de dente faltando” (A1P7) Para superar as dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço de saúde bucal, os entrevistados citaram a utilização de hábitos populares: “Can-tan-tan é uma folha de um mato que tem espinho, quando você toca nela ela dá uma coceira que é um veneno... faz com que o dente pare de doer, porque ele mata a raiz do dente, só que ele faz com que o dente quebre todinho, quebra o dente todo em volta, arreventou o dente todo em volta, e ficou só a tampa.” (A1P4) “a maneira de escovar é que eles usam um tal de chuá, o creme dental lá da região onde eu nasci é isso, eles raspam essa planta, e pega e passa no dente e aquilo que é a pasta de dente.” (A1P5) “eu coloquei solução de bateria nos meus dentes, eu estava numa fazenda trabalhando, tava difícil o acesso à cidade, eu não tava aguentando de dor, coloquei solução de bateria naquele dente que tava doendo, passou a dor, matou a raiz, mas passou um tempo ele começou a quebrar, quebrou o vizinho de um lado, do outro.” (A18P1) **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluiu-se que, para os sujeitos em questão, a saúde bucal ainda é algo distante tendo em vista que muitas são as dificuldades encontradas pelos entrevistados, principalmente no que se refere ao acesso ao serviço odontológico e aos efeitos produzidos pelo consumo de substâncias lícitas/ilícitas. Nessa perspectiva, há que se considerar ainda mais os reflexos dos determinantes sociais em saúde, os quais podem estar relacionados ao acúmulo de necessidades de tratamento odontológico, o que implica maior vulnerabilidade a grupos populacionais específicos.

ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA E O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL ATUANTE DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Thais Ferreira Barreto, Marcilene Batista Costa, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: oncologia, enfermagem, satisfação

APRESENTAÇÃO: Câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. A oncologia por sua vez é a ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento¹. A atuação do enfermeiro em Oncologia cresceu com o advento dos ensaios clínicos conduzidos com novos agentes terapêuticos quimioterápicos. Estes ensaios clínicos trouxeram a necessidade de um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar voltada para o cuidado do paciente com câncer². A especialidade de enfermagem oncológica tem seu marco inicial nos Estados Unidos, na década de 1970. A atenção dos profissionais de saúde em oncologia foi se expandindo, fazendo com que a prática acadêmica começasse a se tornar atuante na comunidade, favorecendo assim, o crescimento, o desenvolvimento e a ampliação da enfermagem em oncologia, o que estimulou o desenvolvimento desta especialidade. Em 1975, foi criada a Oncology Nursing Society (ONS) que desde então, lidera as organizações científicas mundiais de Enfermagem em Oncologia³. No Brasil, a organização das enfermeiras na área oncológica inicia-se em 1983, por ocasião do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo. Nesta oportunidade, em uma reunião de enfermeiras da área oncológica, desencadeou-se o processo de

organização da categoria em nível nacional, que culminou, em 1984, com a criação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo (SEOESP)². Em 1986, teve início o Programa de Residência em Enfermagem Oncológica no Instituto Nacional do Câncer- INCA, que confere aos seus egressos o título de Especialista em Enfermagem em Oncologia, de acordo com a resolução 259/01 do COFEN estabelece padrões mínimos exigidos para registro do profissional como especialista na modalidade de Residência em Enfermagem. A especialização de Enfermagem em Oncologia foi regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/19964. Objetivo: Avaliar o nível de satisfação do profissional de enfermagem dentro do setor de oncologia em Santarém-PA. Desenvolvimento: Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo-qualitativo, realizado com três profissionais especializados em oncologia, onde foi aplicado questionário com 17 perguntas abertas no dia 06 de junho de 2015. Este estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução N° 196/96 da CNS, da qual as pessoas envolvidas na pesquisa tiveram garantidas o seu anonimato. Os resultados foram para fins acadêmicos, respeitando a integridade e a voluntariedade do pesquisado. Desse modo, foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visou a aceitação dos participantes para responderem de livre e espontânea vontade ao questionário. Resultados: Participaram da pesquisa três profissionais de enfermagem especializados em oncologia, sendo as três do sexo feminino. Ao realizar entrevista com as enfermeiras especialistas em oncologia que desenvolvem suas atividades em Santarém-PA, foram levantados os perfis socioeconômicos e algumas questões referentes aos seus trabalhos. Aos quais descreveremos as mais relevantes. No questionário aplicado

observou-se que durante a vida acadêmica, duas entrevistadas (66%) afirmaram não ter recebido nenhuma orientação a respeito de que especialidade seguir, enquanto que apenas uma (34%) afirmou ter sido orientada. O recém-formado na busca pela inserção no mercado de trabalho não seleciona uma área de maior interesse ou de maior habilidade e conhecimento, já desenvolvidos. Devido a competitividade, nem sempre lhe é dada a possibilidade de definir ou escolher a área de atuação⁵. Perguntou-se quanto tempo levaram para entrar no mercado de trabalho, e obteve-se como resposta que todas levaram cerca de 1 ano para conseguir o primeiro emprego. No município de Santarém é perceptível a dificuldade dos recém-formados terem um acesso imediato ao mercado de trabalho pela grande demanda de novos enfermeiros a cada ano, além da escassez de oportunidades para aqueles que não dispõem de uma experiência prévia. Quando perguntou-se sobre a remuneração, afirmaram ter uma renda mensal inferior a R\$3.000,00. No Brasil a desvalorização do profissional de Enfermagem, independente da sua área de especialização, ainda perpetua, pois na maioria dos estados brasileiros este profissional não é adequadamente remunerado. Dessa forma comprova-se que a questão salarial não é o interesse primordial quando se decide seguir essa área, tendo-se em vista o prazer no exercício profissional. No questionamento: “Qual a principal dificuldade encontrada para o seu ingresso no mercado de trabalho?”, relataram que a concorrência foi a principal dificuldade encontrada. Como na maioria das profissões a concorrência é a que mais dificulta o ingresso do graduado ao mercado de trabalho. Em Santarém, especificamente na área da enfermagem, é perceptível a dificuldade ainda maior, pois existem 3 faculdades que formam juntas mais de 240 enfermeiros

por ano, aumentando a concorrência. As oportunidades da primeira inserção no mercado de trabalho como enfermeiro é mediada por cargos públicos, que estão atrelados a uma política de assistência à saúde, que não exige, necessariamente, uma experiência profissional prévia. Já no setor privado, além de menor demanda de cargos para enfermeiros, exige-se experiência clínica prévia, pois o enfoque no trabalho está direcionado ao gerenciamento de unidades⁵. De acordo com a pergunta sobre se as entrevistadas indicavam tal especialidade para outros profissionais, duas relataram que sim, uma vez que o trabalho com os pacientes é gratificante, cria-se um laço com os enfermos e família. Considerações finais: A Oncologia é uma especialidade composta por grandes desafios desde seus diagnósticos, intervenções cirúrgicas, diferenciados tipos de tratamentos e as constantes inovações da medicina, o que requer uma capacitação dos profissionais. É necessário ressaltar que a presença do enfermeiro nas unidades que atendem pacientes oncológicos é essencial, sendo extremamente relevante a sua especialização, pois a fundamentação técnico-científica, discernimento, responsabilidade e prática clínica subsidia o planejamento da assistência aos clientes e no gerenciamento e coordenação da equipe. Com esta pesquisa, observou-se que a maioria das especializações de Enfermagem em Oncologia disponíveis são de instituições privadas e/ou a distância o que dificulta o ingresso de graduandos em enfermagem, além da pouca oferta no município de Santarém-PA. Notou-se também que a questão salarial é insatisfatória, mas segundo a entrevistada, a função exercida recompensa a remuneração deficiente. Por fim, esclarecer e direcionar o aluno a cerca das especializações existentes na enfermagem faz-se de grande importância.

ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AUDITORIA E PESQUISA E O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ATUANTE NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Nádia da Costa Sousa, Kamille Herondina Maia Martins, Marylin Neves Nogueira

Palavras-chave: Especialização, Enfermagem, Auditoria e Pesquisa, Tendência de Mercado

APRESENTAÇÃO: A palavra auditoria tem sua origem no latim “audire”, que significa ouvir. Sua prática tem sua origem na área contábil, cujos fatos e registros datam do ano 2600 A.C. Esta técnica se fixou no século XVII, pela Revolução Industrial nas grandes empresas. A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento, utilizadas para buscar a satisfação das necessidades em relação à qualidade da assistência prestada. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional. Na área da saúde, teve início no século XX e foi inicialmente utilizada com esse propósito, isto é, como uma ferramenta para verificar a qualidade da assistência prestada. Na auditoria Hospitalar são verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros. A auditoria geralmente é composta por diferentes profissionais, que realizam a análise qualitativa e quantitativa do prontuário previamente ao faturamento e posterior a ele verificando as glosas efetuadas e redigindo relatórios finais para a tomada de decisão. A análise ao que tange as atividades de enfermagem, podendo ser realizada tanto qualitativamente quanto quantitativamente, é caracterizada pela auditoria em enfermagem que está inserida

na auditoria hospitalar. Constitui o meio pelo qual o Departamento de Enfermagem verifica se os resultados atingidos na assistência de enfermagem prestada estão de acordo com os objetivos traçados. Ela também pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e ou das próprias condições destes. **METODO:** Para a realização deste trabalho realizou-se uma entrevista através da aplicação de um questionário com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a um profissional de enfermagem especializado em Auditoria e Pesquisa na cidade de Santarém-Pará, objetivando entender melhor a rotina do profissional auditor, assim como o nível de satisfação na área atuante. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A auditoria de enfermagem surgiu em decorrência da necessidade de avaliar e auditar pontos polêmicos nas contas médicas hospitalares e laboratoriais. O curso de Pós-graduação em Auditoria em Enfermagem foi criado para garantir o aperfeiçoamento profissional contínuo dos enfermeiros, promovendo a participação na direção, organização, planejamento, delegação, supervisão, avaliação e execução de ações preventivas, educacionais na área de auditoria, visando à qualidade da saúde do paciente. Esta especialização no Centro Universitário São Camilo no Espírito Santo possui uma carga horária de 504 horas com grade curricular composta por: Acreditação de Organização e Serviços de Saúde; Auditoria em Conta; Auditoria em Qualidade; Bioestatística; Bioética; Epidemiologia; Fundamento de Custos; Metodologia da Pesquisa Científica; Negociação; Responsabilidade Civil em Auditoria em Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada à auditoria; Tecnologia da Informação. Na área de enfermagem, os serviços de

auditoria servem como um instrumento de controle da qualidade do trabalho realizado pela equipe de enfermagem, mas também funcionam como controle de gastos dentro das instituições, principalmente as hospitalares. A entrevistada cujo codinome definimos PACIÊNCIA possui 32 anos, concursada, concluiu sua pós-graduação no ano de 2011 na Faculdade Integrada do Tapajós (FIT) localizada no município de Santarém-Pará, após um ano de formada começou a trabalhar na área em que fez sua pós-graduação, ganhando uma renda mensal de dois salários mínimos, esta porém não é sua única fonte de renda, utiliza como meio de transporte carro próprio. Sua dificuldade de ingressar no mercado de trabalho se deu por falta de concursos e por salário baixo em sua área de especialização, possui carga horária de 44 horas de trabalho semanais. A partir da presente pesquisa verificou-se que PACIÊNCIA possui sua especialidade com registro no COREN, amparada pela Lei 7.498/86, art. 11 que reconhece a função do enfermeiro(a) auditor(a) na equipe de trabalho, ratificado pelo Decreto Lei 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea “d” afirmando que este garante melhorias dos indicadores de saúde, fiscaliza e realiza relatórios, autoriza e audita procedimentos ambulatoriais, realiza protocolos de atuação ao SUS, atuando privativamente a consultoria, auditoria e a emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, devendo ainda ter uma visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico – econômico – financeira, visando sempre o bem estar do ser humano. Para a entrevistada a Cidade de Santarém-Pará oportuniza formas de aprimoramento profissional por meio de aperfeiçoamento educacional e cursos profissionalizantes, uma vez que as rápidas transformações sociais passam a demandar cada vez mais das Universidades posicionamentos e respostas às várias

indagações e necessidades decorrentes da realidade social. Neste sentido, exigem-se novos cenários e propostas de ensino, com o intuito de fomentar a formação de profissionais fundamentada em práticas que incorporem a reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo por meio do qual se consolidem atitudes de autonomia, criatividade, cientificidade, cooperação, flexibilidade e negociação entre outras. Na rotina de trabalho PACIÊNCIA afirma atender ao usuário do SUS, prestar orientação e esclarecimentos, realizar visita técnicas/hospitalar, auditorias, perícias médicas e regulação de sistema SISREG-DATASUS. Auditoria é definida como uma atividade específica do Sistema de Controle e Avaliação que requer observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos quer individuais, quer coletivos, concomitante ou posterior às ações que possam estar determinando alterações na eficácia dos serviços. O trabalho do enfermeiro auditor apresenta-se como uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que visam neste profissional à consolidação do atendimento prestado por suas equipes uma vez que, segundo a entrevistada, o auditor pode atuar também junto a Comissão do Ministério da Saúde, ser auditor fiscal e às oportunidades de crescimento profissional existentes na sua área apreendem a área contábil e financeira. Por esse motivo PACIÊNCIA recomenda aos profissionais, a especialização de auditoria e pesquisa, pois estes poderão ser capacitados a lidar com lideranças, atuar em equipe multiprofissional conhecer os aspectos técnicos científicos da área de saúde, trabalhar com honestidade,

ponderação e bom senso, agindo sempre dentro dos preceitos éticos de sua profissão, favorecendo assim a atuação direta do cidadão ao sistema SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio deste trabalho observou-se a importância da especialização em auditoria e pesquisa, assim como o nível de satisfação do entrevistado, uma vez que este sabe que por meio da auditoria, é possível verificar a qualidade da assistência prestada ao cliente, sendo uma área notadamente em expansão na saúde. É primordial que os enfermeiros se conscientizem do seu papel, afim de melhor se prepararem para esta atividade, criar novos processos de trabalho e propor modelos educativos que permitam a qualificação do pessoal de modo a minimizar as falhas identificadas, tornando assim os serviços de auditoria uma ferramenta de controle da qualidade do trabalho realizado pela equipe de enfermagem.

ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS EM SAÚDE E NA PSICOLOGIA: UMA ANÁLISE DE DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO

Aline Lopes Santana, Marcelly Alpiano Rocha, Jefferson Souza Bernardes

Palavras-chave: Estágio Curricular Supervisionado, Saúde, Psicologia

Desde a criação do Sistema único de Saúde (SUS) as políticas públicas de saúde no país vêm preconizando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde para atender aos princípios do atendimento integral, universal e equânime, o que envolve novas perspectivas de relação entre docentes, estudantes e Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade (MATTOS, 2008). Os Estágios Curriculares Supervisionados têm funcionado como um

dos principais pontos de articulação do ensino na rede de saúde uma vez que costumam ser o “momento em que o estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho” (COSTA; GERMANO, 2007, p. 707). No entanto, para Pedro Demo (2001), os estágios são concessões à prática, sua presença nos currículos é residual, são mal organizados, sem acompanhamento de qualidade por parte dos cursos e por parte dos responsáveis no local do estágio. O presente estudo objetiva identificar, problematizar e discutir as concepções e modelos de Estágios Curriculares Supervisionados em Saúde no Brasil, com ênfase na Psicologia. Orientada pelo referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, a pesquisa procedeu por meio da Análise de Documentos de Domínio Público (SPINK, P., 2013). O foco foi em documentos que regulam e orientam os estágios e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos da Área da Saúde. Os documentos foram procurados por seu conteúdo utilizando buscadores eletrônicos (SPINK et al, 2014) e arquivados em mídia digital. As DCN foram acessadas por meio do portal do Ministério da Educação (MEC). Tal busca e identificação gerou 50 resultados: 19 resoluções, 14 pareceres, 8 leis, 4 decretos, 2 medidas provisórias, 2 decreto-lei, 1 portaria. A partir daí, foram produzidos dois instrumentos: quadros para organizar todas as informações; e uma linha cronológica para compreender o processo histórico. Realizou-se a leitura exaustiva de cada documento para fazer a Transcrição Sequencial (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014) e, a partir daí, foram identificados os Repertórios Linguísticos (ARAGAKI; PIANI; SPINK, 2014, p. 229). Por meio da análise foi possível perceber que as concepções de estágio se agrupam em quatro conjuntos de sentidos (SPINK;

MEDRADO, 2013): - Trabalhista, formado por repertórios como orientação educativa vocacional, competências próprias da atividade profissional, trabalho do estagiário, trabalho produtivo. Os sentidos produzidos a partir desses documentos são que o estagiário é parte da mão-de-obra das indústrias e empresas. - Tecnista, são as concepções que reforçam a prática enquanto aplicabilidade da teoria e/ou repetição de procedimentos e técnicas. Produz-se a partir de repertórios como formação técnico-profissional, supervisão, experiência prática, técnicas de estudo e ação, treinamento supervisionado, prática de intervenções preventiva e curativa. - Formalista, é identificado a partir de documentos que descrevem, de forma hegemônica, aspectos formais/legais da prática de estágio, como documentação necessária para o estabelecimento do vínculo, locais de estágio, formas de avaliação, carga horária, tempo de estágio e outros. - Formativo, composto por repertórios como aluno, graduando, processo de formação, processo educativo, processo de formação. Esse conjunto de sentidos é produzido por documentos cuja origem vincula-se mais aos campos e órgãos da educação ao passo que preconiza a articulação entre as IES e as empresas/serviços. As concepções e modelos de estágio emergentes ao longo dos anos permitem reflexões acerca de suas definições e funcionamentos atuais. Sua origem vinculada a indústria e a concepções Trabalhistas, o Tecnicismo atrelado ao ensino profissional e centrado em técnicas e procedimentos, o Formalismo que tende a burocratizar e legalizar os processos de ensino e aprendizagem, associam-se a concepções Formativas e modelam o Estágio Curricular Supervisionado nos cursos de graduação da saúde, inclusive da Psicologia, atualmente. Nas diretrizes dos cursos de saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, “o estágio curricular é parte obrigatória dos

currículos no processo de formação superior” (SANTANA, 2015, p. 24). O caráter Formativo do estágio corrobora com o compromisso que as diretrizes têm segundo Mattos (2006), com as mudanças na formação, ao posicionar a Universidade perante seu compromisso social. Todavia, os repertórios linguísticos das DCN falam da permanência de concepções Formalistas, Tecnistas e Trabalhistas. As DCN apresentam rupturas e permanências nas concepções de estágio que podem ser pensadas a partir da discussão suscitada por Feuerwerker e Almeida (2003) em torno da indefinição que apresentam no que diz respeito à formação por competências. Para os autores, as diretrizes propõem a formação por competências e a superação dos modelos tradicionais, mas não explicitam orientações que norteiem essa superação. No que concerne à Psicologia, as características tecnicistas que o estágio e a formação mantêm dificultam a aproximação com os modos de promover o cuidado propostos pelas políticas públicas de saúde. A delimitação de alguns períodos do curso para a realização de práticas, não oportuniza, por exemplo, o aprofundamento da vivência do estudante nas relações de ensino-serviço-comunidade de modo que a formação se dê no e para o serviço. Os estudantes não têm como conhecer o território e o serviço, portanto, não experienciam o desenvolvimento do vínculo. Somado a isso, o posicionamento das instituições formadoras enquanto responsáveis por programar e supervisionar os estágios produzem a noção hierárquica de que a universidade está acima dos serviços de saúde, dificultando a criação de espaços coletivos em que os trabalhadores, os alunos-estagiários e os professores-orientadores possam, em conjunto, interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho (SILVA; CABALLERO, 2010). A articulação entre o universo do trabalho e o

ensino se apresenta como uma alternativa na construção de experiências que priorizem a formação de recursos humanos para a saúde pública em busca de superar o tradicional modo das instituições formadoras de produzir e formular conhecimentos que sustentam paradigmas tecnicistas e cartesianos, produtores de procedimentos e não de processos de cuidado (CECCIM, 2010). Nesse sentido, destacam-se dois movimentos: - a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, para articular a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2004). A estratégia de Integração Ensino-Serviço faz parte da PNEPS, e se desdobra em projetos, como o Ver-SUS e Aprender SUS, e programas, como PET-Saúde e Pró-Saúde, que ajudam a orientar a formação para: o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado; a qualificação da atenção à saúde individual e coletiva; a excelência da formação profissional; e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008); - e a Resolução nº 350, de 9 de junho de 2005 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes gerais para a autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da saúde. Tal Resolução reitera a necessidade de formar profissionais com perfil, número e distribuição adequados ao SUS e estabelecimento de projetos políticos-pedagógicos compatíveis com a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais, comprometidas com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento, coerentes com as necessidades sociais (BRASIL, 2005). Preocupa-se com as demandas sociais, político e econômicas para a abertura dos cursos, além da orientação dos cursos estarem voltados para o atendimento das necessidades de saúde da população. Tais

processos apontam para uma perspectiva de formação orientada para o ensino em serviço, na qual teoria, prática e pesquisa dialogam em torno das questões de saúde demandadas pelas necessidades de saúde da população e pelos princípios do SUS, sendo fundamental a noção de rede para essa construção.

ESTRATÉGIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Thaís Fernandes Amorim, Raylane Marques de Barros Cruz, Renata Matos e Matos, Adriano Maia dos Santos

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Pobreza, Política Social

INTRODUÇÃO: A incorporação da alimentação como direito social foi um dos grandes avanços nas políticas públicas brasileira. Nesse sentido, a nutrição e alimentação devem ser compreendidas como constituintes de requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012). Contudo, a insegurança alimentar e nutricional que decorre da falta de qualidade e/ou de quantidade adequada dos alimentos ainda é comum provocando manifestações biológicas como a fome e má alimentação que vai além de uma questão fisiológica. (CORRÊA, 2007). Segundo Castro (2001), a fome e a má alimentação e nutrição por serem fenômenos sociais somente por meio de ações sociais e coletivas, como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, poder-se-ia transformar em realidade o direito humano universal à alimentação. Nesta perspectiva, o Programa Bolsa Família (PBF) tornou-se o principal

programa de transferência de renda do país (BRASIL, 2010). O PBF foi criado, em 2003, como medida provisória de distribuição de renda (Decreto nº 132/2003) e transformado em Lei, em 2004 (nº 10.836/2004). Para atingir seus objetivos, o PBF possui três eixos: 1) alívio imediato da pobreza pela transferência de renda; 2) direitos sociais básicos na área da saúde, educação e assistência social; 3) ações e programas que objetivam o desenvolvimento da família saindo da situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004). O PBF prevê contrapartidas ao recebimento do benefício ao exigir das famílias participantes o cumprimento de um conjunto de condicionalidades, que se expressam em compromissos na área de educação e saúde (BRASIL, 2006). Para tal cumprimento, os profissionais de saúde são fundamentais, sobretudo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que possuem contato regular com os usuários da Estratégia de Saúde da Família e os serviços de saúde, de modo a contribuir para cumprimento das condicionalidades relacionadas à saúde, bem como sinalizar às famílias que estão em condições de vulnerabilidade (CARVALHO, ALMEIDA, LAIME, 2014). Essa pesquisa teve como objetivo analisar as estratégias desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde para que as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cumpram as condicionalidades relacionadas aos serviços de saúde e discutir as transformações operadas pelo PBF na realidade social das famílias assistidas. METODOLOGIA: O estudo é de caráter qualitativo, pois busca firmar conceitos e dar maior profundidade ao objeto de estudo. A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de um município da Bahia. O critério para escolha foram as USF que possuíssem maior número de famílias cadastradas ao PBF; USF da zona urbana; equipes completas. Para conformar os sujeitos, utilizou-se quatro grupos de representação selecionados

intencionalmente: 1) gestores do PBF; 2) profissionais de saúde de nível superior; 3) ACS; 4) beneficiários do PBF. Com os grupos 1, 2 e 4 foram realizadas entrevistas semiestruturadas e para o grupo 3 foi feito um grupo focal. A análise de dados foi orientada pela análise de “conteúdo temática”, que para Minayo (2007) é constituída pelas seguintes etapas: 1 – Ordenação dos dados; 2 – Classificação dos dados; 3 – Análise final dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (Parecer: nº 1.001.227). RESULTADO E DISCUSSÃO: A fome ainda é uma realidade na população brasileira mesmo com todos os programas sociais criados pelos governos para tentar mudar esse panorama (FAO, 2014). Dentre as ações governamentais, o Programa Bolsa Família, que visa o alívio imediato da pobreza com a distribuição de renda e a tentativa de mudar a vida das famílias beneficiárias, tornando-as aptas para o mercado de trabalho (BRASIL, 2004). O município estudado possui muitas famílias beneficiárias e nas entrevistas com os gestores percebemos que o programa mudou a realidade dessas famílias cadastradas proporcionando melhores condições de vida, como constatado na fala do gestor 2: “o PBF é de extrema importância para as famílias trazendo uma melhora na sua qualidade de vida e proporcionando que elas tenham acesso aos direitos básicos como saúde, educação e assistência social. São ações como essas que a gente percebe o quão é importante um programa de transferência de renda nesse porte, nesse nível com essas dimensões”. Os territórios das USF apresentam um cenário socioeconômico muito desfavorável. Ainda assim, as falas dos profissionais da USF convergiram com os gestores quando se referem às mudanças positivas operadas pelo PBF no cotidiano das

famílias assistidas: “[...] muitas famílias têm apenas a renda do programa para sobreviver. [...] no geral, o programa trouxe um mínimo de dignidade, mudando a realidade das famílias desse bairro” (Profissional de Saúde 2). Corroborando as falas anteriores, os relatos dos beneficiários revelam que PBF mudou a realidade de suas famílias, uma vez que garante, ao menos, as refeições. As pessoas que recebem o benefício têm livre arbítrio de como gastá-lo, mas percebe-se, no discurso, que o dinheiro é mais destinado para alimentação das famílias: “o dinheiro ajuda muito, não falta mais comida, pelo menos o básico arroz e feijão e, também, já consegui comprar cama, armário aqui pra casa com esse dinheiro” (Beneficiário 2). O PBF ao criar condicionalidades para as famílias cumprirem induz o acesso à saúde, com isso, os profissionais de saúde utilizam essa ferramenta para assistir o máximo de famílias: “Algumas vezes, a gente utiliza o PBF como moeda de troca com as famílias. A gente tem que manter o cartão de vacina em dia, aí a gente fala: - se você não vier, eu vou mandar cortar seu bolsa família, mesmo a gente sabendo que a unidade não tem esse poder de mandar cortar o benefício, cessar o benefício, mas a gente falando isso, ela acaba trazendo, então a gente consegue acompanhar essas famílias por conta do bolsa família” (Profissional 1). Nas falas dos gestores e profissionais da saúde é comum a compreensão das condicionantes, mas na fala dos beneficiários, parecem entender como tendo que cumprir para não configurar na perda do benefício: “a gente sabe que tem esses deveres, então a gente cumpra pra não perder o dinheiro senão vai fazer falta” (Beneficiário 7). Talvez essa compreensão deva-se a condição de miséria em que vivem a baixa escolaridade e por toda uma vida de exclusão dos direitos sociais. O ACS é visto como protagonista no âmbito da saúde, uma vez que têm acesso às casas das famílias e são moradores do

bairro. Assim, vivenciam, também, toda a dificuldade enfrentada pelos beneficiários do PBF. Tal evidência apareceu em todos os grupos de entrevistas: “o ACS que é, em minha opinião, um personagem principal dentro da área da saúde, ele é o principal mobilizador, principalmente pra essa função da condicionalidade da saúde” (Gestor 2). CONCLUSÃO: O estudo sinaliza que as famílias beneficiadas passaram a ter condições mínimas de dignidade e cidadania e mesmo o benefício sendo um valor relativamente baixo, tornou-se um complemento de ajuda ou mesmo a única renda mensal para muitas famílias. Mas como todo programa, precisa ocorrer uma melhora na fiscalização das famílias que possuem ou não o perfil para o cadastramento, assim como capacitações aos ACS para um acompanhamento mais qualificado.

ESTUDO DE EGRESSOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ENSP/FIOCRUZ: CONHECENDO A REALIDADE DO MUNDO DO TRABALHO

Maria Alice Pessanha Carvalho, Regina Ferro Lago, Helena Maria Seidl Fonseca, Teresa Cristina Neves, Swheelen de Paula Vieira

Palavras-chave: residência multiprofissional, egresso, saúde da família

APRESENTAÇÃO: A Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/FIOCRUZ teve sua primeira turma em 2005 e em março de 2014 iniciou sua 10^a turma. Seu público está voltado aos profissionais de nível superior da saúde (enfermeiros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais) como modalidade de formação especializada em serviço com a interface ensino-trabalho-cidadania. Objetiva promover o desenvolvimento de atributos por parte

da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) para que esta atue nas atividades de cuidado, supervisão e gestão junto às equipes de saúde da família. A ESF tem como princípio a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, em áreas geográficas delimitadas, onde os indivíduos, famílias e comunidade são o foco central da atenção para melhoria das condições de vida. Um dos pontos principais do processo de trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, oferecendo espaço para a construção de corresponsabilidade nos compromissos relacionados ao processo saúde-doença. Desta forma, surge uma nova demanda de qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que possa atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas no campo da Saúde Pública no Brasil. Assim, a consolidação da ESF, o envolvimento de um número considerável de profissionais de saúde em suas ações e a necessidade de qualificá-los - além do décimo aniversário de realização da Residência - evidenciaram a importância de se conduzir um estudo sobre os egressos desse curso. O objetivo geral desta pesquisa é conhecer e analisar a inserção no mundo do trabalho dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/FIOCRUZ que concluíram o curso no período de 2007 a 2014, visando avaliar os objetivos e competências desenvolvidos no curso. Seus objetivos específicos são: traçar o perfil do egresso dessa Residência; registrar as considerações do egresso sobre a formação oferecida pelo curso; identificar a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos na prática em equipe; identificar as maiores dificuldades do egresso no exercício da sua profissão; conhecer a necessidade de educação permanente e avaliar a pertinência dos objetivos/competências educacionais no processo de

trabalho do egresso. Desenvolvimento do trabalho Neste estudo estão sendo utilizados métodos quantitativos e qualitativos de forma combinada. A abordagem quantitativa foi desenvolvida por meio de um questionário auto-aplicado, de respostas fechadas e preenchimento online que incluiu perguntas de cunho sócio-demográfico (sexo, idade e profissão), questões relativas à esfera da formação e do trabalho, como inserção no campo de trabalho, função(ões) desempenhada(s), carga horária, faixa salarial e outros cursos realizados, além de questões sobre as percepções dos egressos sobre a importância do curso em suas vidas profissionais. Os dados foram dispostos em tabelas com frequências absolutas e relativas. A abordagem qualitativa está em andamento e consiste na realização de 10 entrevistas com roteiro semi-estruturado nas quais estão sendo abordadas as expectativas dos sujeitos quanto à Residência, as trajetórias profissionais empreendidas e suas percepções sobre vários aspectos do curso. As entrevistas serão analisadas por meio da análise temática. Este estudo foi submetido ao Comitês de Ética da ENSP03/04/2015 sob o número CAAE: 41688114.6.3001.5279. Resultados Os resultados são preliminares, visto que a pesquisa ainda está em andamento. A primeira etapa foi realizada no primeiro semestre de 2015. Foram enviados questionários por email, para preenchimento eletrônico, para 100% dos egressos (total de 177). Obteve-se retorno de 109 questionários (61,6%), o que foi considerado satisfatório tendo em vista que estudos de egressos costumam ter baixo retorno de resposta. Dentre os 109 respondentes, a maioria, 95 (87%), é composta por mulheres e 87 (85%) graduaram-se em universidades públicas. A distribuição dos números e percentuais de questionários respondidos por categoria profissional é a seguinte: assistente social

- 12 (11%); cirurgião-dentista - 27 (25%); enfermeiro - 28 (26%); nutricionista - 22 (20%) e psicólogo - 20 (18%). Após o término do curso, 93 (85%) já residiam ou continuaram residindo no estado do Rio de Janeiro, predominantemente nas capitais: 70 (75%) no município do Rio de Janeiro e 14 (15%) em Niterói. Quanto à situação de trabalho, do total de respondentes 69 (63%) foram contratados imediatamente após a conclusão do curso e 17 (16%) em menos de 1 ano. Uma maioria expressiva permanece na área da saúde: 87 (80%). Destes, 85 (98%) estão atuando na esfera pública. Ainda dentre os que estão no campo da saúde, 48 (55%) estão desempenhando atividades de assistência e gestão diretamente relacionadas à atenção primária. No tocante ao vínculo empregatício, dentre os egressos que permanecem na saúde, uma minoria é composta por servidores públicos pois 19 (22) % são estatutários. A maioria, 54 (62%), está empregada pelo regime da CLT. A percepção sobre a aquisição de competências para atuação foi bastante positiva: 72 (66%) declararam que, após terminar a Residência, se sentiram “muito” preparados para atuar, 32 (32%) “razoavelmente” preparados e apenas 2 (2%) “pouco” preparados. A avaliação geral do curso acompanhou estas percepções, uma vez que 65 (60%) conferiram ao curso o conceito “ótimo”, 42 (38%) “bom” e apenas 2 (1%) regular/ruim. Considerações finais Os resultados acima correspondem à primeira fase da pesquisa - que consistiu no preenchimento de questionários - e sua análise ainda não foi concluída. Mesmo assim, estes resultados indicam que a Residência cumpre seu objetivo principal, pois seus egressos estão atuando na área da saúde, na atenção primária em sua maioria, tanto na gestão quanto na ação direta com a população. Além disso, a maioria dos egressos tem avaliação bastante positiva sobre a qualidade do curso e sua

contribuição para sua capacidade de atuar. No momento a pesquisa está em sua 2^a fase, que compreende as entrevistas com os egressos. Aspectos qualitativos serão explorados e relacionados às informações obtidas pelo questionário. A conclusão do estudo propiciará a reunião de um amplo conjunto de informações, tanto sobre o perfil dos egressos, quanto sobre a sua inserção no mundo do trabalho e poderá trazer subsídios para a unidade formadora reformular sua estrutura curricular, a relação com os cenários de prática, a prática da preceptoria e, desta maneira, contribuir com a melhoria contínua dessa formação.

ESTUDO DO CORPO E DA IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Sandra de Matos Botelho da Costa, Monica Tereza Christa Machado, Lilian Koifman

Palavras-chave: corpo, imagem corporal, ensino fundamental

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: pesquisa desenvolvida com jovens do oitavo ano de uma escola pública em Niterói, RJ. O estudo sustentou-se nos conceitos de Marcel Mauss (Técnicas Corporais) e de Pierre Bourdieu (Campo e Habitus) como referenciais teóricos relativos à socialização do corpo. Em relação à imagem corporal, pautou-se nos conceitos de Schilder e Tavares. Teve como Objetivo geral observar a relação dos adolescentes com seu corpo e com sua imagem corporal, na perspectiva do cuidado integral à saúde e como Objetivos específicos: 1) conhecer o significado do corpo e da imagem corporal nesses adolescentes; 2) verificar a influência da mídia em relação à observação do seu corpo e da sua imagem corporal; 3) averiguar a influência da família e da escola no tocante à observação do corpo e da

imagem corporal. **DESENVOLVIMENTO:** a pesquisa, de desenho qualitativo, utilizou os seguintes procedimentos metodológicos: oficina de desenho da figura humana, aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. A professora que lecionava a disciplina de Ciências na escola também foi convidada a participar de uma entrevista semiestruturada, por ser uma profissional atuante com os jovens, há mais de vinte anos, no colégio onde foi realizada a pesquisa. Para a análise do conteúdo das falas dos adolescentes, durante a realização do grupo focal e das entrevistas, foi adotada a técnica de análise de conteúdo. A análise dos dados foi organizada em torno das seguintes categorias estabelecidas pela pesquisadora, na fase exploratória da pesquisa: corpo e imagem corporal, mídia, família e escola. A partir da coleta de dados emergiu, espontaneamente, a categoria saúde. A escola se apresenta como um local apropriado para o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção de saúde junto aos adolescentes, as quais devem ter um cunho de continuidade em articulação com os setores de educação e saúde. É de fundamental importância a participação dos professores, os quais devem manter um diálogo constante e aberto com os jovens. A perspectiva da atenção integral à saúde (prevenção, promoção e atenção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público no intuito de integrar as práticas no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde, com destaque para a atenção primária em saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, foi observada durante o trabalho de campo com os jovens do oitavo ano do ensino fundamental. A integração e a reflexão das vivências dos estudantes estimulados pela pesquisa em relação à imagem corporal foram potencializadas pela participação ativa da professora de ciências. Ela citou a importância da saúde dos

adolescentes em dois momentos distintos: destacando a questão da obesidade e da forma física e fazendo alusão à importância da atividade física desenvolvida nos projetos sociais existentes no bairro onde se localiza a escola. Destacou a observação da cultura da magreza entre os jovens e ressaltou que aqueles que não se enquadram no modelo idealizado têm a socialização dificultada. Ressaltou a importância de se fomentar, junto à escola, políticas de educação e saúde que tenham o intento de estimular nos jovens um maior interesse no conhecimento sobre o próprio corpo e a imagem corporal. As orientações contidas nos Parâmetros Nacionais Curriculares do MEC/SEF preconizam que educar demanda a articulação de conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais que devem ser aplicados e compartilhados no ambiente escolar, no intuito de favorecer o desenvolvimento da autonomia dos jovens. **RESULTADOS:** poucos estudos têm investigado a satisfação corporal dos adolescentes através da pesquisa qualitativa em saúde. Evidenciou-se que os padrões socioculturais advindos da família, da escola e de influências da mídia podem interferir no funcionamento da dinâmica corporal dos adolescentes de ambos os sexos de forma distinta. Entre os meninos, há o estímulo para a prática de esportes e ganho de massa muscular, o que contribui para uma facilitação na aceitação dos seus corpos, enquanto que às meninas são atribuídas demandas relativas não só a realização de esportes. A expectativa em relação ao emagrecimento parece tornar mais evidente a insatisfação com o próprio corpo nas adolescentes do sexo feminino. Em relação à categoria saúde, cabe destacar que há semelhanças no modo de observação dos jovens de ambos os sexos. Demonstraram, além da preocupação com a estética corporal, que os cuidados com o corpo aparecem como

fator importante na condução de uma vida saudável. Já em relação à satisfação com o corpo e a imagem corporal, a observação se deu de forma diferente entre os adolescentes do sexo feminino e masculino, conforme apreciado na teoria estudada. A satisfação com a imagem corporal é uma questão, sobretudo na adolescência, mais relacionada com o sexo feminino, quando o corpo define seu formato. Geralmente as meninas são mais críticas com sua imagem corporal do que os meninos. A insatisfação com a imagem corporal foi observada mais frequentemente nas adolescentes que apresentavam percepção de sobrepeso, mesmo que de forma mínima. Desejam ser mais magras, confirmando a teoria de que a satisfação com a imagem corporal está relacionada com a aparência. Os resultados indicaram que as jovens com sobrepeso almejam emagrecer por acharem que o excesso de peso desfavorece a convivência entre os pares, muito embora apenas duas estivessem, aparentemente, com o peso um pouco acima do esperado para o tipo físico apresentado. Os adolescentes do sexo masculino quando apresentam baixo peso, querem aumentar o tamanho corporal, principalmente na busca de mais massa muscular; quando mais baixos, mostram desejo de terem maior estatura. Os adolescentes, mesmo pertencendo a uma classe social mais simples, confirmaram que possuem conhecimento sobre o tema saúde, afirmando o trabalho desenvolvido nas aulas de Ciências, desenvolvido de forma bastante dinâmica e integradora pela professora, e a facilidade de acesso a informações através dos meios de comunicação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** conquanto a mídia e a cultura social estimulem determinado padrão de forma física para os adolescentes de ambos os sexos ficou claro, com a pesquisa, que a cultura advinda da família, da escola e do meio encoraja a busca por um corpo com

ênfase à saúde, facilitando a satisfação corporal. A necessidade de formulação de políticas públicas capazes de contemplar os adolescentes em suas demandas, mesclando os segmentos atrelados ao seu desenvolvimento, como a escola, a família, os serviços de saúde, a cultura e os esportes é destacada pelo UNICEF. A participação da professora de Ciências foi fundamental no desenvolvimento da pesquisa. A partir da observação da importância da imagem que o jovem tem de si foi possível perceber a relevância de se dar continuidade ao estudo com alunos do ensino universitário, uma vez que muitos deles ingressam na universidade bem jovens. Observa-se que, cada vez mais a educação, como elemento favorecedor da construção da autonomia para a tomada de decisões, revela-se essencial para a adoção de comportamentos de valorização da vida.

EXPECTATIVA DO ESTUDANTE INGRESSANTE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO NO ANO DE 2015

Katiele Dalla Vécchia Pereira, Fabiana Aparecida da Silva, Irenizia Marques Quinteiro de Almeida

Palavras-chave: Estudantes, Educação Médica, Expectativa, Ensino

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa "Percepções dos docentes e dos estudantes acerca do processo de implantação do curso de medicina na Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat), sendo aqui apresentado um dos objetivos do projeto, que visa identificar quais são as expectativas do estudante ingressante no curso de medicina. **DESENVOLVIMENTO:** Para o levantamento de dados foi aplicado um questionário aos ingressantes no curso de medicina da Unemat de 2015 contendo 18

questões. O questionário foi aplicado na primeira semana de aula na finalidade de obter as respostas antes do aluno identificar a cultura organizacional do curso e/ou ser influenciado por professores e alunos veteranos, para que fosse capaz de respondê-lo seguindo suas reais expectativas. O projeto foi aprovado pelo CEP Parecer nº1. 115.266. Aqui são apresentados dados do perfil dos alunos e dados qualitativos referente a pergunta considerada elemento central da pesquisa: “Em linhas gerais, descreva o que você espera do curso de medicina da Unemat.” RESULTADOS: Ao todo, 64 alunos participaram da pesquisa, com ingresso no primeiro e no segundo semestre de 2015. A idade dos estudantes variam de 18 a 43, com moda em 19 anos, sendo 39 do sexo feminino e 25 masculino. Os acadêmicos são oriundos das cinco regiões do Brasil, com predomínio da região centro-oeste e sudeste, com os maior prevalência dos estados de Mato Grosso com 14 alunos, Goiás com 13, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, com 6 alunos cada. Para analisar os dados qualitativos as repostas foram transcritas num texto com identificação do aluno por código, realizou-se uma leitura exaustiva, buscando os principais termos, os quais foram agrupadas de acordo com os núcleos do sentido conforme o método de Minayo (2010) resultando em quatro categorias (C): “C1 formação de qualidade”, “C2 mercado de trabalho”, “C3 humanização” e “C4 foco institucional”. A categoria C1 foi a mais evidente nas respostas dos acadêmicos. A maior preocupação dos ingressantes é a qualidade da formação que obterão ao longo do curso, nos aspectos teóricos e práticos. São descritas características que o curso deve possuir para que forme bons profissionais, como o estímulo a independência, exploração do potencial acadêmico, pró-atividade e motivação. É possível identificar ainda em C1 a auto cobrança excessiva dos acadêmicos em

relação ao seu desempenho, como na fala de P23, que ao dizer que “o objetivo é ser, no mínimo, um excelente médico” coloca o mais alto índice como o mínimo a ser atingido. Termos como “grande profissional”, “melhores médicos”, “ótima formação” e “capacidade de me destacar” são diversas vezes citados e deixam evidente que o ingresso chega à universidade com grande expectativa de sucesso. Associada à qualidade de formação, alguns dos alunos citam em suas respostas que almejam adquirir no curso capacitação para ingressar no mercado de trabalho. Mais do que conhecimento, os alunos querem estar aptos para a vida profissional e ingressarem na prática médica logo após a sua formação. Como exemplo, temos a resposta de P28: “Espero ter o suporte necessário para adquirir um bom conhecimento profissional e ao final do curso estar preparado para o mercado de trabalho.”. É possível identificar que os alunos de medicina da Unemat já ingressam na universidade com o pensamento da medicina humanizada defendida pelas Diretrizes Curriculares de 2014. Em C3, temos um significativo número de acadêmicos que ressalta a importância do médico em ir além da fisiopatologia da doença e focalizar o paciente como um todo. O aluno P6 responde “Espero que a formação médica siga os parâmetros do PBL moldando o profissional para um perfil mais humanizado, próximo das comunidades, com a carga de conhecimento necessária para lidar com as mais diversas situações da vida e morte com decência e respeito ao ser humano e seus sentimentos, crenças e costumes.” Fatores como respeito e humanidade são descritos para além da relação médico-paciente, sendo identificados como necessários para as relações interpessoal entre os próprios alunos, como relatado por P33: “Um curso que incentive os alunos a serem companheiros visando o solidário

e também a não competição entre os acadêmicos, formando profissionais aptos a ver o ser humano como um todo.”. A última categoria identificada, C4, refere-se aos valores de foco institucional. O curso de medicina da Unemat é recente, aberto em 2012 e, por isso, ainda está em processo de estruturação física e adaptação pedagógica. Este fato reflete na opinião dos ingressos que comparam o curso novo com cursos antigos, deixando de forma implícita a insegurança por estar em um curso ainda sem reconhecimento oficial, como deixa evidente o P6: “Espero que o curso tenha qualidade quanto os cursos de medicina mais antigos”. Os alunos identificam a necessidade da Unemat explorar os três pilares universitários de ensino, pesquisa e extensão dentro do curso de Medicina, evidenciando o interesse por atividades extraclasse. Além da melhoria pedagógica, os acadêmicos almejam melhoras na infraestrutura do curso, como na resposta de P44: “Espero que exista ferramentas necessárias e suficientes para que eu tenha uma ótima formação médica. Isso inclui professores qualificados, laboratórios bem estruturados e os recursos exigidos para o curso de medicina”. Os alunos citam construção de laboratório, aquisição de livros e aumento do corpo docente como melhorias necessárias ao curso de medicina da Unemat. Outro ponto que merece atenção ainda na C4 consiste na assimilação feita pelo aluno P9 de que a universidade pública não pode ser boa, caracterizando como inatingível a qualidade de ensino em um curso público: “Espero que a universidade me forneça os subsídios necessários para me tornar uma boa médica, porém acredito que isso seja utópico porque, por ser pública, o maior esforço será meu mesmo. Sonho com melhoras na estrutura”. Tal opinião, porém não é unânime, uma vez que o aluno P35 acredita que são as universidades públicas as que fornecem melhores condições de

formação: “(...) Pois, como uma universidade pública, deve formar os melhores médicos do mercado.” CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudante ingressante no curso de medicina da Unemat busca em sua universidade uma formação boa, para que possa se inserir satisfatoriamente no mercado de trabalho. A medicina idealizada pela maioria desses alunos foge do padrão superespecialista e mecanicista das faculdades tradicionais, evidenciando enquadramento do aluno ao método de ensino ativo adotado pela Unemat, que tem como foco formar um profissional generalista que pratique a medicina humanizada. Por ser um curso recente e não ter formado uma turma, a medicina na Unemat causa insegurança nos seus ingressos, que apesar de saberem das dificuldades enfrentadas por um curso em formação, possuem a esperança de melhorias na universidade e se mostram abertos para a auxiliarem na consolidação da qualidade do curso.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES BACHARÉIS NO COTIDIANO DA ESCOLA: UMA CONTRIBUIÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Cristiano Oliveira de Souza, Maria José da Silva Lopes

Palavras-chave: Bacharel em Docente, Formação Pedagógica, Oficina Pedagógica

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho intitulado “Formação de Professores Bacharéis no Cotidiano da Escola: uma Contribuição no Processo Ensino-Aprendizagem” consiste em um projeto de intervenção que tem por objetivo analisar e minimizar as dificuldades enfrentadas pelos bacharéis em enfermagem no início da docência em um Centro Estadual de Educação Profissional situado no território de identidade Sertão Produtivo no estado

da Bahia. Com a expansão da Educação Profissional e Tecnológica de nível médio no estado da Bahia houve um aumento considerável na quantidade de professores bacharéis em enfermagem nos Centros de Educação Profissional. Em contrapartida a esse aumento está a pouca formação para executar a prática docente do Bacharel em Enfermagem, visto que a grande maioria das matrizes curriculares, dos cursos de enfermagem na modalidade bacharelado, primam, exclusivamente, por formar profissionais para a assistência direta aos enfermos e não levam em consideração a necessidade de formar enfermeiros docentes. Esse trabalho de intervenção promoverá, na comunidade escolar, uma reflexão sobre a necessidade de realizar oficinas pedagógicas com o intuito de minimizar as dificuldades didático-metodológicas enfrentadas pelos bacharéis em enfermagem na docência em educação profissional e tecnológica.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O presente trabalho foi, inicialmente, desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica. A referida pesquisa foi produzida a partir de material já elaborado, constituído de livros e revistas, disponíveis na rede mundial de computadores e impressos. A revisão ao material bibliográfico possibilitou a identificação de dificuldades e potencialidades dos bacharéis professores e a elaboração de oficinas pedagógicas que objetivam a diminuição das fragilidades e o incentivo às potencialidades. As oficinas pedagógicas identificadas e sugeridas pelo referido projeto serão executadas com os bacharéis em enfermagem, equipe pedagógica e articulação do eixo tecnológico Ambiente e Saúde do Centro Estadual de Educação, durante o ano letivo de 2016 com encontros mensais que se efetivará na última semana de atividade complementar de cada mês. Acreditamos que as oficinas pedagógicas possibilitarão a criação de um

ambiente interativo, permitindo a troca de experiências e conhecimentos em prática didática e metodologia do ensino entre os bacharéis e a equipe pedagógica do Centro. A coordenação, o planejamento e a aplicação das oficinas pedagógicas ficarão sobre a responsabilidade da equipe de coordenação pedagógica e da articulação do eixo tecnológico: ambiente e saúde.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A partir das dificuldades encontradas na literatura e das observações feitas no cotidiano escolar foi realizada a elaboração de oficinas pedagógicas que minimizarão as fragilidades da formação dos bacharéis no Centro em estudo. As oficinas pedagógicas serão dispostas respeitando a seguinte ordem: Oficina 01: Dificuldades didático-metodológicas dos bacharéis em enfermagem. Na oficina introdutória deverá ser realizada uma discussão que terá o propósito de investigar as principais dificuldades didático-metodológicas enfrentadas na prática docente e as situações que potencializam ou fragilizam essas dificuldades na perspectiva dos enfermeiros. As dificuldades e situações relatadas deverão ser trabalhadas pela equipe pedagógica nas próximas oficinas. Oficina 02: O Aluno da Educação Profissional Tecnológica. Nessa etapa será feita uma reflexão do perfil do estudante de Educação Profissional Tecnológica refletindo seu desenvolvimento social e afetivo, suas motivações e aprendizagem no ambiente educativo escolar. Oficina 03: Concepção histórica da Educação Profissional Tecnológica. Durante essa etapa irá se considerar a relação de educação e trabalho, repensando o papel da educação profissional na formação do cidadão para o atual mundo do trabalho. Oficina 04: Aspectos legais da Educação Profissional Tecnológica. Será feita uma análise reflexiva da Constituição Federal Brasileira de 1988, da Lei 9.394/96, Lei e Diretrizes e Bases da Educação brasileira,

e da resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012 do Conselho Nacional de Educação que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Oficina 05: O Planejamento na Educação Profissional Tecnológica. Será refletida a importância do planejamento do ensino para a elevação da qualidade do processo de ensino e aprendizagem levando em consideração o PPP - Projeto Político Pedagógico do Centro e refletir a forma de seleção dos conteúdos trabalhados com os estudantes. Oficina 06: A prática do Planejamento. Realização de oficinas práticas de elaboração de plano de aula e plano de curso. Oficina 07: O aprendizado pedagógico. Serão refletidas as diversas estratégias utilizadas nos espaços coletivos do processo ensino-aprendizagem, as atividades de estudos individuais e em grupos, os estudos de textos e as críticas em relação à aula expositiva. Oficina 08: A Avaliação da Aprendizagem. Será refletida a função da avaliação nas diferentes perspectivas no processo educativo e sua importância para o sucesso do processo, análise dos tipos de instrumentos avaliativos e mecanismos para a recuperação da aprendizagem; além de analisar a postura avaliativa durante os estágios curriculares. Oficina 09: A tecnologia aplicada à metodologia do ensino na educação profissional. Refletir o papel das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para aperfeiçoar o processo de ensino e aprendizagem do estudante da educação profissional. Oficina 10: Avaliação do projeto. Analisar as contribuições do projeto de intervenção na prática profissional dos enfermeiros bacharéis professores da educação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A elaboração desse trabalho foi executada no curso de especialização, em nível de pós-graduação lato sensu, de Metodologia do Ensino para a Educação Profissional ofertado pela Universidade do Estado da Bahia em parceria com a

Superintendência de Educação Profissional do estado da Bahia. E será aplicada no Centro de Educação profissional no decorrer do ano letivo de 2016. Embora planejado para ser realizado em um Centro de Educação Profissional, situado no interior da Bahia, pode ser aplicado em diversas instituições de ensino, de nível médio e superior, que admitam professores oriundos de cursos na modalidade bacharelado. É importante que as diversas particularidades da instituição de ensino e da região sejam levadas em consideração na adaptação das oficinas. Ao decorrer do processo de aplicação das oficinas pretende-se proporcionar aos professores bacharéis uma reflexão crítica da sua prática pedagógica, auxiliando no desenvolvimento da construção do perfil do professor em consonância com o Projeto Político-Pedagógico da Instituição Educacional; auxiliar, também, no planejamento das aulas, conectando os objetivos da mesma com o processo avaliativo elaborado pelo docente e sensibilizar da necessidade da utilização de metodologias variadas para melhorar o desempenho dos estudantes. Ao fim do processo espera-se que os docentes com formação bacharelada consigam reconstruir seus conhecimentos didático-metodológicos possibilitando uma prática docente mais eficaz e frutífera, aumentando, conseqüentemente, a qualidade do processo de ensino e aprendizagem.

FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA DE FAMÍLIA

João José Batista de Campos, Francisco Torres González, Manuel Gurpegui Fernández de Legaria, Arthur Vizzotto Zolin, Gabriela Cristine Queiroz Maria, Maria Soledad Quesada Muñoz

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Saúde Coletiva

O interesse em compreender as diferenças e semelhanças entre o sistema de saúde na Espanha e no Brasil, como um campo de conhecimento e formação educacional nesta área, reside no fato de que ambos os sistemas consideram a Atenção Primária à Saúde como a principal estratégia do sistema. No ano de 2014, o sistema nacional de saúde espanhol apresentava uma cobertura de 100% da população, sendo que 80% dos gastos em saúde era público, o que representava 7,6% do produto interno bruto (PIB). Deste total o gasto farmacêutico era em média 25% do total e desde o ano 2002 toda a gestão do sistema de saúde foi transferida para as Comunidades Autônomas, completando assim o processo de descentralização, que previa a constituição espanhola de 1978. A comparação do sistema de saúde espanhol deve ter em conta as dimensões dos dois países: enquanto a dimensão do Brasil corresponde a 17 vezes o território da Espanha com os seus 504.030 Km², para uma população de 47 milhões de espanhóis, que é 4,3 vezes menor que a brasileira. É necessário também assinalar, que em termos de pirâmide populacional existe um grande envelhecimento da população espanhola. A Faculdade de Medicina da Universidade de Granada (UGR), com quase 500 anos de existência, incluiu no seu projeto pedagógico correspondente à nova formação curricular, induzida pelo processo de Bolonha, o internato médico de um ano na 6^a série, que começou a sua primeira oferta do que passou a se chamar de GRADO em setembro de 2015, mantendo ainda uma estrutura de ensino tradicional da 1^a à 5^a série. Analisar a educação médica na graduação no que corresponde à Saúde Pública, Medicina Preventiva e Atenção Primária, dentro do Currículo da Faculdade de Medicina da Universidade de Granada e sua relação com a Medicina de Família, na formação médica, dando especial

importância à opinião dos estudantes, foi o objetivo desta investigação. Foram utilizados dados quantitativos, como uma estratégia de aproximação com a realidade e aprofundando a complexidade dos temas tratados e implicados, utilizando também a abordagem qualitativa, na percepção dos representantes eleitos dos estudantes de Medicina, de cada uma das seis séries do curso, dos principais professores da área de Saúde Pública envolvidos com o curso e com os gestores do curso de Medicina. As técnicas de investigação utilizadas foram as seguintes: grupo focal de discussão com os delegados dos estudantes de medicina, entrevistas semiestruturadas com os professores e gestores responsáveis pela graduação médica sobre a sua percepção sobre o currículo efetivamente executado e não apenas o prescrito no projeto pedagógico do grado de medicina. Todas as entrevistas e o grupo focal foram executados por um só entrevistador, em forma oral, gravada e transcrita por estudantes de medicina brasileiros, colaboradores desta investigação e uma estudante espanhola da 3^a série do curso de medicina da UGR. Com esta estratégia procuramos garantir uma maior validade dos dados coletados, uma vez que os problemas e limitações de um determinado método puderam ser compensados de alguma forma, com o uso de outros procedimentos investigativos, como a análise de documentos e inclusive através de conversas informais com alguns professores e estudantes do curso considerados como informantes chave. Os aspectos éticos e legais da pesquisa foram aprovados por parte do Comitê de Ética para análise de projetos de investigação do respectivo Centro de Estudos e os participantes firmaram o consentimento informado, depois de serem explicados os objetivos gerais do estudo e assegurada a confidencialidade de suas identidades. Impactos na visão dos protagonistas: os

estudantes. A partir das opiniões dos estudantes recolhidas no grupo focal e em entrevistas de forma específica, pôde-se extrair os temas centrais que mais os preocupam em relação à formação médica em geral e em Medicina Familiar y Comunitária em particular. Destaca-se, a pouca motivação existente de grande parte do professorado, como se cita a continuação: "...hay profesores que dan la sensación de que están porque tienen que estar y no tienen ninguna motivación ni ninguna gana de formar ni a médicos ni a personas realmente. Van, imparten una clase y no se preocupan de si se ha entendido, si realmente se puede hacer de una forma más fácil de entender o tampoco entienden a veces cuando quieres transmitirles tu opinión como estudiante; es un trabajo más y no se esfuerzan por mejorarlo". (Estudiante 8) Outro assunto que desperta grande interesse dos estudantes são as atividades práticas em relação a carga horária teórica, que desenvolvem durante o curso, que consideram insuficientes e não estão de acordo com o estipulado no Plano de Bolonha, segundo seus critérios, tal como se expõe na citação seguinte: "Hay asignaturas que se centran mucho en transmitirnos de forma teórica algo que se va a llevar a cabo de forma práctica, el sistema de enseñanza en este tipo de asignaturas no debería ser así y en lugar de tener más horas teóricas respecto a la práctica, se debería invertir: tener más horas de prácticas con respecto a la teoría. No podemos consentir que en una asignatura donde nos enseñan a relacionarnos con el paciente tengamos una práctica de una hora en toda la asignatura" (Estudiante 7) Para muitos estudantes na raiz de todos os conflitos que se apresentam esta a falta de adequação por parte das Faculdades de Medicina ao novo plano de estudos, à luz do Plano de Bolonha: "... la adecuación de las asignaturas al Plan Bolonia está íntimamente relacionado con el

profesorado; nosotros tenemos asignaturas que no han cambiado prácticamente nada (ni la teoría, ni la práctica, ni la forma docente) de Licenciatura a Grado y son dos sistemas completamente distintos. Son dos sistemas que buscan, uno la evaluación final y otro la evaluación continuada; uno que busca la clase magistral frente al otro que promueve la participación del alumnado, el primero se centra en el profesor y el segundo en el alumno, entonces son dos sistemas que no se pueden igualar, realmente solo hemos tenido una asignatura que siga el Plan Bolonia." (Estudiante 5) Os resultados apontam que para uma mudança real no processo de ensino e aprendizagem, são necessárias mudanças profundas de metodologias, aonde os estudantes venham a ter um papel mais ativo. Além disso, deve ser aumentada a importância da Medicina de Família, como disciplina acadêmica, e, portanto, a presença do referido campo de conhecimento e prática dentro da Universidade. Destacaram que a avaliação contínua do processo de educação permanente em saúde é um componente chave, para os ajustes necessários e a busca persistente de acumulação de poder técnico e político para a institucionalização e sustentabilidade de uma mudança efetiva do GRADO na Espanha. No entanto, a condução do processo de mudança não é simples e não se deve improvisar. Existe a necessidade de uma ação estratégica para a construção de canais de discussão e de comunicação coletiva, sendo a acumulação de poder por parte da área da Medicina de Família, necessária para se conseguir a transformação e diminuir a resistência interna, especialmente nesta nova etapa de mudança do prédio da Faculdade de Medicina para o Parque Tecnológico da Saúde. Esta investigação foi vinculada e apoiada pela Rede "Maristán" (www.redmaristan.org) e financiada pela CAPES e pela Universidade Estadual de Londrina.

FORMAÇÃO PARA O TRABALHO INTERDISCIPLINAR: A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA DO BRASIL

Leticia Stanczyk, Adenauer Gauglitz, Janainny Magalhães Fernandes, Adriane Pires Batiston, Laís Alves de Souza Bonilha

Palavras-chave: Estudantes, Educação interprofissional, fisioterapia,

INTRODUÇÃO: O Ensino Interprofissional em Saúde é, atualmente, a principal estratégia de formação para que profissionais se tornem aptos a desenvolver o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. Para promover a integração conceituada e esperada no trabalho em equipe interprofissional, o Ministério da Educação, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), vem incentivando a reorganização dos cursos de graduação da área de saúde, oferecendo cooperação técnica, operacional e financeira, através de projetos e programas para que a universidade possa fazer um trabalho articulado com a gestão e com os serviços públicos de saúde. Neste sentido, foi investigada a visão de estudantes do curso de fisioterapia a respeito do trabalho interdisciplinar e refletido sobre práticas acadêmicas multiprofissionais na graduação. **MÉTODOS:** Este foi um estudo transversal realizado com estudantes concluintes (último ano) do curso de fisioterapia de todas as regiões do Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário de avaliação da aprendizagem interprofissional, o Readiness Inter professional Learning Scale (RIPLS), que conta com questões objetivas que abordam os aspectos do trabalho interprofissional de um determinado grupo. Utilizaram-se ainda algumas questões acerca da participação em projetos de pesquisa, extensão, movimento estudantil e em atividades

multidisciplinares e específicas do núcleo da fisioterapia. As respostas foram analisadas a partir de estatística descritiva. **RESULTADOS:** Participaram deste estudo 140 discentes da fisioterapia de todas as regiões do país, das quais a maior frequência de respondentes foram do Nordeste (45,0%) e Sul (33,6%), seguido das regiões Centro-Oeste (14,3%), Sudeste (6,4%) e Norte (0,7%). A média etária dos participantes foi de 24,12 e mais ou menos 4,23 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino (80,0%) e estudantes de Instituições de Ensino Superior privada (72,1%), além de 30,7% ser membros do movimento estudantil. As respostas provenientes das questões estruturadas sobre os aspectos do trabalho em equipe, da efetiva colaboração com outros profissionais de saúde e dos aspectos da formação interprofissional, mostraram que 34,3% dos estudantes participaram de projetos multiprofissionais durante a graduação. Observamos também que foram mais frequentemente citadas atividades de ensino em pesquisa e em menor frequência as atividades de extensão quando questionados sobre quais os dispositivos para a formação profissional do fisioterapeuta são mais importantes ou mais potentes para o mundo do trabalho. Outro resultado relevante é que maior parte dos estudantes considera mais frequentemente como muito importante as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas especificamente no âmbito da fisioterapia do que as atividades realizadas em conjunto com estudantes de outros cursos. Os resultados provenientes do Readiness Inter professional Learning Scale (RIPLS) mostraram que os entrevistados mantiveram um padrão de respostas nas opções 5 (Concordo fortemente) e 4 (Concordo) da escala de Likert, assim para fins de análise, consideramos que as respostas relacionam-se com opiniões e comportamentos incorporados pelos estudantes (concordo

fortemente) ou opiniões que não necessariamente se refletem na prática desses alunos (concordo). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As DCN do curso de fisioterapia estabelecem critérios de competências e habilidades que devem ser trabalhadas ainda na graduação, incluindo a atuação multi, inter e transdisciplinar. Quando se observa uma concordância maior dos estudantes para o exercício de práticas individuais de núcleo e de pesquisa em prol de ações coletivas, de extensão e em equipe, é preciso repensar o modelo que se tem e o que se quer para a saúde e sociedade. A existência de um modelo formativo que visa ensinar mais a lógica de prestação de serviços individuais do que a de um compromisso político-social e coletivo nos remete a uma necessidade maior de práticas formativas com enfoque no cuidado em saúde através do exercício interdisciplinar e das práticas sociais que constroem os objetos do mundo e da sociedade, em consonância com as necessidades reais de saúde da população. Não podemos deixar de problematizar o método utilizado, visto que o questionário RIPLS não possibilita abordar dimensões mais concretas a respeito da prática e vivência reais dos entrevistados. Sugere-se, então, maiores estudos na área para compreender melhor o processo de formação em saúde para a sociedade.

FREQÜÊNCIA DE PROBLEMAS ÉTICOS DECORRENTES DA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro Santos, Nathalie Oliveira Gonçalves, Sérgio Donha Yarid

Palavras-chave: Bioética, Ética, Atenção primária à saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: O Programa Saúde da Família – PSF foi reordenado como uma estratégia de reformulação e transformação do sistema de saúde da atenção primária, assim, após diversos direcionamentos em sua operacionalização, o PSF passou a ser considerado como Estratégia Saúde da Família – ESF que, define como principal ação o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade. Desta forma, as necessidades advindas da comunidade se apresentam nos problemas biopsicossociais encontradas na subjetividade e singularidade de cada usuário. Diante da complexidade do cuidado na ESF que demanda muito mais que assistência voltada para o tecnicismo, os profissionais de saúde, em seu atendimento, observam questões referentes à ética. No que tange a operacionalização dos princípios da integralidade, universalidade e equidade no Sistema Único de Saúde - SUS, um dos principais problemas demonstrados pelos profissionais é a dificuldade em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado. Neste contexto, não é difícil encontrar problemas éticos envolvidos na produção do cuidado, especialmente os problemas encontrados entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, que lidam com a singularidade advinda da dos usuários da comunidade adstrita. Para que a ESF consiga dar respostas às demandas sinalizadas pela comunidade, os profissionais se deparam com alguns problemas éticos, visto que há o encontro de entre profissional-usuário, cada um com suas crenças e culturas. Os profissionais lidam também com outros aspectos como, a dificuldade no acesso a exames e procedimentos de alta complexidade, a impossibilidade do trabalho em rede, o que também pode gerar conflitos e problemas éticos em sua atuação. Neste ínterim, diante das diversas questões e problemas éticos que envolvem os profissionais da ESF, este estudo tem como objetivo descrever a frequência com

que ocorrem problemas éticos na relação entre os profissionais da equipe de Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo e exploratório. Os participantes foram 53 profissionais de nível superior (12 médicos, 26 enfermeiros e 15 cirurgiões-dentistas) que compõem as equipes de Saúde da Família de um município do sudoeste da Bahia - Brasil. Foi utilizado para a coleta de dados o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde - IPE/APS que contém 41 questões em escala likert que visam à mensuração de problemas éticos na Atenção Primária à Saúde. Os dados do IPE/APS estão divididos em 03 grupos e para este estudo foi abordado os dados do segundo grupo, que se refere às relações entre as equipes e é composto por 09 problemas éticos, onde, os profissionais assinalam a frequência com que vivenciam tal problema em sua atuação: nunca, raramente, frequentemente e sempre. Os dados foram analisados no SPSS 21.0. Foi utilizada a estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, tendo recebido parecer favorável com o nº 475.600. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sobre a falta de compromisso e envolvimento da equipe na atenção à saúde, houve o predomínio da resposta nunca na maioria das questões dos cirurgiões-dentistas onze (73,3%), médicos sete (58,3%) e enfermeiros 15 (57,7%). As maiorias das respostas demonstram que pouco acontece este problema na dimensão da ESF. Na questão relacionada a não colaboração entre equipes, 6 (54,5%) dos médicos, 11 (44%) dos enfermeiros e 8 (53,3%) dos cirurgiões-dentistas demonstraram que nunca vivenciaram este problema, ou seja, mais da metade dos profissionais entrevistados 28 (58,8%) se deparam com este tipo problema ético na atuação profissional. A estratégia de alocar equipe multiprofissional na unidade de saúde requer uma relação de

complementaridade, com articulação dos saberes e práticas com um ideal comum, num esforço contínuo e seguindo a ideia da integração da equipe na assistência à saúde da comunidade. Na questão relacionada à falta de respeito entre os membros da equipe, em sua maioria, os médicos 9 (75%) e os cirurgiões-dentistas 12 (80%) nunca vivenciaram. E, entre os enfermeiros, 12 (46,2%) declaram nunca ter vivenciado e 12 (46,2%) vivenciaram raramente. Na questão relacionada aos profissionais não apresentarem perfil para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, 5 (41,7%) dos médicos relataram que nunca vivenciaram, 4 (33,3%) vivenciam raramente e 3 (25%) vivenciam frequentemente. A maioria dos enfermeiros 14 (53,8%) e dos cirurgiões-dentistas 8 (53,3%) relataram que nunca vivenciaram tal problema. Na questão relacionada à dificuldade de cumprir, na prática, o papel e as responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde da família. Dentre os médicos três (25,0%) nunca vivenciaram tal problema e seis (50%) vivenciaram raramente, dois (16,7%) vivenciam frequentemente e apenas um (8,3%) vivencia sempre o problema em sua atuação. Os enfermeiros 7 (30,4%) nunca vivenciaram, 9 (39,1%) vivenciam raramente e 7 (30,4%) vivenciam frequentemente. A maioria dos cirurgiões-dentistas 10 (71,4%) vivencia tal problema raramente em sua atuação. Estes dados demonstram que o profissional tem observado em seu âmbito de trabalho profissionais que não sabem ou compreendem seu papel social no âmbito da ESF, o que pode acarretar um mau direcionamento das ações de saúde para a comunidade. No que se refere aos profissionais se omitirem diante de uma prescrição inadequada ou errada, a metade dos profissionais médicos seis (50,0%), a maioria dos enfermeiros dezesseis (61,5%) e dos cirurgiões-dentistas onze (73,3%) nunca vivenciaram o problema. Na questão

que se refere aos usuários que pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, a maioria dos médicos oito (66,7%), dos enfermeiros treze (52,0%) vivenciam este problema raramente e a maioria dos cirurgiões-dentistas oito (53,3%) nunca vivenciaram tal problema. Nota-se que os profissionais médicos e enfermeiros encontram este tipo de problema em sua vivência mais vezes que com cirurgião-dentista. Referente aos funcionários da UBS levantarem dúvidas sobre a conduta do médico da equipe da ESF, a metade dos profissionais médicos seis (50,0%) nunca vivenciaram tal problema e quatro (33,3%) vivenciam raramente. A maioria dos enfermeiros onze (44,0%) vivencia o problema raramente e nove (36,0%) nunca vivenciaram e a maioria dos cirurgiões-dentistas oito (57,1%) afirmou nunca ter vivenciado este problema em sua atuação. Com relação aos usuários pedirem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, mesmo em situação em que seja necessária a participação da família no cuidado, dentre os médicos cinco (41,7%) nunca vivenciaram tal problema e cinco (41,7%) vivenciam raramente. Os enfermeiros doze (46,2%) nunca vivenciaram e onze (42,3%) vivenciam raramente. E, a maioria dos cirurgiões-dentistas nove (60,0%) nunca vivenciou este problema. Sabe-se que a confidencialidade na atenção à saúde é um direito de todo usuário, está descrito na Carta dos Usuários do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que a resposta nunca teve maior prevalência, o que demonstra que os problemas éticos em relação à prática da equipe na Estratégia Saúde da Família não estão ocorrendo pouco, o que se torna algo positivo. Em contrapartida, a minoria dos profissionais respondeu que

vivencia o problema ético raramente e frequentemente, o que denota que ainda assim os problemas éticos acontecem no âmbito do processo de trabalho da equipe Saúde da Família e precisam ser observados para que não atrapalhe a atenção à saúde dispensada aos usuários.

GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: DESAFIOS, DESEJOS E POSSIBILIDADES

Liliana Santos

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Bacharelado, Possibilidades

APRESENTAÇÃO: Este estudo trata dos Cursos de Graduação na área da Saúde Coletiva (CGSC) e sua contribuição para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde. Trata-se de um estudo de caso que analisou o desenho curricular e o cotidiano de um CGSC; buscando aproximações e afastamentos entre o currículo do curso descrito e o trabalho no espaço da Saúde Coletiva, em especial no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) local. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As técnicas utilizadas foram análise documental, diário de campo, entrevista semi-estruturada e grupo focal. A análise do material foi realizada partindo dos referenciais da formação orientada pela memória de inovação. O processo de análise do material se deu no traçado de relações entre a formação graduada e as necessidades do mundo do trabalho, apontadas por gestores entrevistados. Didaticamente, Os componentes curriculares se organizam em torno de eixos por campo de conhecimento, sendo eles Ciências Sociais Básicas e Aplicadas em Saúde Coletiva; Ciências da Vida e Tecnológicas em Saúde; Ciências da Saúde Coletiva e Conteúdos e Atividades Integradoras. O curso tem carga horária

total de 2.708 horas, assim distribuídas: 2.300 horas (84,93%) para os conteúdos disciplinares e atividades curriculares obrigatórios, e 408 horas (15,07%) para os conteúdos curriculares optativos e atividades complementares. Tendo em vista as diretrizes da flexibilidade curricular e a autonomia dos estudantes, cabe refletir sobre a distribuição da carga horária entre componentes obrigatórios e optativos. Tanto na entrevista com gestores, quanto nos grupos focais com estudantes, foram demarcadas as necessidades de sanitaristas em vários espaços do SUS, trazendo importantes contribuições partindo da chegada dos estudantes em estágios e práticas integradas. Os entrevistados apontam ainda para a necessidade de a formação ser efetivamente vinculada ao mundo do trabalho e às necessidades da população. Os resultados apontam para a análise de que a formação graduada em Saúde Coletiva poderá contribuir para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde Coletiva Brasileira, na medida em que estabelecer diálogos efetivos e movimentos articulados entre a universidade e o âmbito das práticas na Saúde Coletiva, seja junto ao Sistema Único de Saúde e outras políticas sociais, bem como nos demais espaços, como os movimentos populares, produzindo conhecimento de forma coordenada e conectada às inovações produzidas no cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como perspectiva apontada pelos participantes do estudo foi possível perceber uma tendência para o aumento dos CGSCs e, ao mesmo tempo, a necessidade de fortalecimento dos vínculos e diálogos, seja na perspectiva dos espaços democráticos de debate e organização mais amplos, seja no espaço local, na perspectiva da intersectorialidade. As formas de tratar a educação dos profissionais da área de Saúde e os desafios a serem enfrentados para a construção cotidiana de inovações faz com que se considere a

perspectiva de organização de espaços de articulação e debates, a fim de aprofundar questões centrais, como a elaboração dos referenciais curriculares e a regulamentação profissional. Uma nova forma de inserção profissional vem se configurando e gerando acalorados debates, porém ainda com pouca sistematização e operacionalização. Define-se outra perspectiva: a ação das instâncias de participação (especialmente o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva - FGSC e Coordenação Executiva dos Estudantes de Saúde Coletiva - CONESC) para a organização de debates e agendas comuns. Do horizonte de desafios e perspectivas levantados, destacam-se o estabelecimento de interações e intenções tendo como foco as ações intersectoriais, no sentido de promover o reencantamento da Universidade, na proposição de alternativas à crise do ensino universitário. Nesse contexto, o desenvolvimento dos CGSCs tem demonstrado esforços no sentido de promover a integração entre a formação acadêmica e o conjunto das relações sociais, considerando a observação cotidiana das atividades acadêmicas em sala de aula, bem como nos contextos de práticas nos quais se inserem. Discussões sobre campos de práticas e estágios, bem como a inserção de estudantes nos cenários de projetos interinstitucionais e pesquisas interdisciplinares desde o início da formação vêm abrindo caminhos para a concretização de uma nova formação universitária.

GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: ONDE ESTÃO ATUANDO OS EGRESSOS FORMADOS POR ESSA GRADUAÇÃO?

Michel Reina Pino, Allan Gomes de Lorena, Marcela Soares Silveira Lima, Marco Akerman, Liliana Santos

Palavras-chave: Levantamento, Graduação, Egressos, Saúde Coletiva

A possibilidade de criação de cursos de graduação na área da Saúde Coletiva vem sendo abordada desde a década de 1980, quando era discutido o ensino de Saúde Coletiva em relação às demais formações e apontada à necessidade de antecipação da formação do sanitarista. Teixeira (2003) descreve o contexto de discussão que apontou a necessidade de criação de uma formação graduada que incorporasse o conjunto de práticas e saberes do sanitarista, ressaltando importantes encontros nos quais essa temática foi abordada. Segundo a autora: [...] em setembro de 2002 foi organizada uma Oficina de Trabalho, reunindo dirigentes da UFBA, representantes de Universidades, Ministério da Saúde, OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), com o objetivo de analisar a pertinência e viabilidade de criação do curso na atual conjuntura, levando-se em conta o desenvolvimento teórico-conceitual da área de Saúde Coletiva e a experiência acumulada no processo de reforma do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro, especialmente as tendências de mudança do modelo de atenção à saúde e as demandas do mercado de trabalho no setor (UFBA/ISC, 2002). Os debates travados durante a Oficina conduziram à conclusão de que é oportuno avançar na elaboração do projeto político-pedagógico do curso, bem como ampliar a reflexão em torno da pertinência de sua implantação, não só na UFBA, mas em outras instituições de ensino superior no país (TEIXEIRA, 2003, p. 163). No decorrer do texto, Teixeira destaca, entre os principais motivos para a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva, a necessidade de encurtar o tempo da formação, evidenciando a importância dos conhecimentos de Saúde Coletiva e contribuindo para a reorientação dos modelos de atenção. Dessa forma, profissionais de Saúde Coletiva estariam

inseridos no cotidiano de todos os serviços e não exclusivamente no âmbito da gestão mais central, como ocorre tradicionalmente. Portanto, o objetivo geral desta pesquisa foi de realizar um levantamento nacional dos egressos da graduação em saúde coletiva no Brasil tendo como objetivo específico identificar e analisar as áreas de atuação, atividades desenvolvidas, faixa salarial, vínculo empregatício e outros aspectos relacionados ao mercado de trabalho do Bacharel em Saúde Coletiva, também, identificar e analisar as áreas de atuação nos cursos de pós graduação stricto sensu e/ou lato sensu em Saúde Coletiva. Para identificar e analisar as áreas de atuação, atividades desenvolvidas, faixa salarial, vínculo empregatício e outros aspectos relacionados ao mercado de trabalho do Bacharel em Saúde Coletiva, realizaram uma investigação analítico-descritiva através de estudo longitudinal de seguimento sob o auxílio de coleta de dados feito por meio de entrevistas autopreenchidas em ambiente virtual. O período de investigação corresponde aos anos de 2012 – 2014. Analisamos que 42,4% dos egressos de saúde coletiva estão atuando no mercado de trabalho de acordo com sua área de formação e 57,6% não estão trabalhando. Observamos que a maior dificuldade encontrada pelo os egressos é a falta de abertura do mercado de trabalho, dedicação exclusiva a pós graduação, emprego anterior a graduação. A falta de abertura do mercado de trabalho pode ser uma variável interessante para discutir a permanência dos alunos na graduação em saúde coletiva, visto que, as primeiras turmas que se formam são “responsáveis” em abrir os caminhos para as próximas turmas de formados. E também, procurar analisar quais são os nós críticos que impedem a atuação do sanitarista nas unidades de saúde, quais são os conflitos e interesses da pouca flexibilidade dos serviços

de saúde em abarcar um novo profissional de saúde que têm atuação voltada para o SUS e quais caminhos burocráticos, legais e administrativos seguir para criar o cargo de sanitaria em concursos públicos nas esferas municipal, estadual e federal. Quanto ao tipo de vínculo empregatício destes egressos/as, identificamos que os formados em saúde coletiva possuem contrato por tempo determinado ou prestação de serviços, são servidores estatutário ou institucional e estão assumindo cargos comissionados, ou seja, cargos de confiança por indicação política. Ainda possuem vínculo celetista ou trabalhista e estão trabalhando por contrato de experiência. Notamos também que os egressos possuem outro tipo de vínculo empregatício como bolsistas consultoria e vínculo privado. Contudo, 61,1% dos egressos de saúde coletiva estão na pós graduação e 38,6% não fazem nenhum tipo de pós. Muitas vezes, a pós graduação pode ser um dispositivo para que estes mesmos ex-alunos permanecem no campo da saúde público-coletiva, por mais que seja no ambiente acadêmico, já que os/as mesmos/as não encontram abertura do mercado de trabalho. Se a escolha por um curso de graduação pode ser atribuída à “vocação” sentida no momento do vestibular, a opção por um curso de pós-graduação há de estar permeada pelas possibilidades de pesquisa e especialização vislumbradas no decorrer da graduação e, obviamente, pelas alternativas oferecidas nos mercados de trabalho. Gomes e Goldenberg. (2010) Detectamos que 67% dos egressos estão na pós La tu sendo atuando na especialização, aperfeiçoamento e residência. E, 33% dos egressos em saúde coletiva estão no mestrado e doutorado realizando suas pesquisas na pós graduação na área: 1) política, planejamento e gestão; 2) educação e promoção da saúde; 3) epidemiologia, 4) vigilâncias; 5) informação e comunicação em saúde; 7) ciências sociais e humanas em saúde. Quando investigamos

os cargos, funções e locais de trabalho que os egressos em saúde coletiva têm ocupado após se formarem. Identificamos que a atuação do sanitaria de graduação circula em todos os níveis de atenção a saúde e gestão no SUS. Encontramos sanitarias desta graduação trabalhando em departamentos de atenção de especializada (com foco em HIV/AIDS), atenção básica, vigilância em saúde e atenção hospitalar. Também, ocupando cargos como diretores de unidade de saúde, consultoria técnica, coordenador de vigilância epidemiológica em saúde, coordenador de política de saúde (saúde do idoso) e diretor de hospital. Há também egressos/as atuando como sanitaria em secretarias municipais de saúde na condição de apoio institucional, ocupando espaços na vigilância em saúde como sanitaria e na vigilância sanitária como fiscal sanitaria. A iniciação científica levantamento dos egressos de saúde coletiva tratou de cuidar de múltiplos objetivos acerca da graduação em saúde coletiva buscando uma resposta comum: onde estão os sanitarias formados por essa graduação? Tratou-se de um levantamento simbólico daquilo que acreditamos quando falamos na potencialidade das graduações em saúde coletiva no fortalecimento do SUS enquanto um sistema de saúde ético-estético-político como sugere Armani (2006) em sua tese de doutoramento intitulada formação de sanitarias: cartografias de uma pedagogia da educação em saúde coletiva, “vejo, sobretudo, uma formação de sanitarias entremeada por movimento territorial de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e de coletivos organizados para a produção em saúde, notadamente, quando: [...] h) produz um trabalhador atuante, de maneira crítica, sensível, afetiva, e inventiva nas práticas em uma equipe de saúde; um trabalhador conhecedor, não só das funções essenciais da saúde pública, mas aberto à

emergência de inovações, de um conceito ampliado de saúde e da clínica, capaz de produzir visibilidade as condições subjetivas e experiências da vida dos indivíduos – um sanitaria/generalista no contexto de uma política pública de expressão e afirmação da vida na diversidade.”

HEPATITES: ANÁLISE DE FOLDER EDUCATIVO SEGUNDO PRESUPOSTOS DE ZABALA

Simone de Deus Anzoategui, Idalina Cristina Ferrari, Rogerio Dias Renovato, Maria Jose de Jesus Alves Cordeiro, Antonio Sales

Palavras-chave: hepatites, aprendizagem, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: As hepatites virais constituem um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo hepático que apresenta características clínicas e ambulatoriais semelhantes, porém com importantes particularidades, classificadas como A, B, C, D e E. A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. Possuem grande importância pelo número de pessoas envolvidas e pela possibilidade de complicações das formas agudas e pelo médio e longo prazo quando da cronicidade. Em sua maioria as hepatites se mostram de forma silenciosa e passa despercebida pela população e pelos profissionais da saúde, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta (Ministério da Saúde, 2012). As hepatites do tipo B, C e D apresentam formas de infecção tanto agudas quanto crônicas, quando a doença persiste no organismo por mais seis meses. Uma das principais estratégias de promoção e prevenção de saúde empregadas pelos

setores responsáveis pela saúde pública brasileiro são as campanhas de comunicação a respeito dos problemas relacionados à saúde que afligem a população, que visam a promoção, prevenção e detecção precoce das hepatites. Porém, muitas vezes o objetivo pretendido pelas campanhas nacionais não é alcançado. Ao receber o material didático-educativo, na maioria das vezes, a população não percebe a sua importância e apresenta dificuldades em apreender o conteúdo como relevante para sua vida pessoal e familiar. Além disso, outro ponto a ser ressaltado é quando os profissionais da saúde possuem o material didático-educativo, porém, possuem alguns impedimentos para a divulgação, como a falta de conhecimento sobre a temática e a sobrecarga de trabalho que na maioria das situações, não favorece o aproveitamento deste material como instrumento de promoção e prevenção de saúde. Dessa forma, este trabalho possui como objetivo analisar, a partir das teorias de aprendizagem de Antoni Zabala (1998), um folder educativo elaborado pelo Ministério da Saúde sobre as hepatites B e C, propondo uma reflexão sobre o processo de aprendizagem de conteúdo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental de material educativo elaborado pelo Ministério da Saúde do ano de 2015, neste caso, um folder direcionado à população. A partir da perspectiva de Zabala (1998), sobre a aprendizagem dos conteúdos segundo sua tipologia, buscou-se analisar e refletir sobre a possibilidade do alcance do material educativo. **RESULTADOS:** Zabala (1998), relata que por trás de qualquer prática educativa sempre há uma resposta, a “por que ensinamos” e “como se aprende”. Ao observar o folder elaborado pelo Ministério da Saúde, entende-se que ele é informativo, pois apresenta conteúdos conceituais (hepatites, drogas, injeções,

tatuagens, gestação) contribuindo para que tais conceitos sejam explorados pelo educador popular em saúde. Além disso, verificamos que possui um enfoque de redução de danos, principalmente quando na figura em relação a utilização de drogas ilícitas, enfatiza: 'não compartilhe material para preparo ou uso de drogas'. Assim ao invés de indicar o não uso de drogas, orienta sobre a forma mais adequada de utilização. Neste caso percebe-se a utilização de conteúdo de cunho procedimental, visto que orienta o modo de fazer, além de pretender induzir o leitor a uma determinada atitude. O autor argumenta que as aprendizagens dependem das características singulares dos aprendizes, correspondendo em grande parte às experiências que cada um viveu desde o nascimento. Enfim, a maneira e a forma de como se produz as aprendizagens são resultados de processos que sempre são singulares e pessoais. Nesse enfoque pedagógico deve se dar a atenção à diversidade da população como eixo estruturador. O folder analisado mostra na sua figura de capa uma área urbanizada com uma população de jovens estudantes e adultos trabalhadores, dessa forma de acordo com os pressupostos de Zabala (1998), o folder foi direcionado à população de área urbana. Os esquemas de conhecimentos são a configuração da estrutura cognitiva do ser humano, conforme os pressupostos do construtivismo relatados pelo autor. Estes esquemas se definem como as representações que uma pessoa possui, num momento dado da sua existência, sobre algum objeto de conhecimento que ao longo da vida são revisados, modificados, e se tornam mais complexos e adaptados a realidade (ZABALA, 1998). O material em análise encontra-se disponível no site do Ministério da Saúde, para ser amplamente divulgado no território nacional, porém verificamos que a forma de abordagem dos conteúdos conceituais,

procedimentais e atitudinais deveriam considerar a especificidades de cada região, ressaltando a importância de que é importante o fortalecimento das parcerias com o Governo do Estado e Secretarias de Saúde do Município. Em relação ao título observamos que se encaixa na definição de Conteúdos Conceituais e Factuais, pois além de abordar os conceitos de Hepatites e suas variedades, também descreve o nome, Hepatites B e C, informando sobre as doenças que o material educativo vai abordar. O material vem ao encontro da análise proposta por Zabala (1998) sobre a tipologia de conteúdos, quando apresenta a temática e logo em seguida traz o conceito, das doenças apresentadas. Conforme o autor sem essa associação eles se converteriam em conhecimentos mecânicos. Quando no final do folder orienta-se sobre procurar um profissional da saúde ou ir à busca de mais informações no site do Ministério da Saúde, entendemos como um Conteúdo Atitudinal. Nesse sentido verificamos uma associação com a descrição de Zabala (1998) relacionada a aprendizagem de uma norma em segundo grau, que conforme descrição do autor, ocorre quando existe uma conformidade que implica certa reflexão sobre o que significa a norma e que pode ser voluntária ou forçada. Ainda segundo o autor, o primeiro grau envolve a aceitação, muito embora não se entenda a necessidade de cumpri-la. O leitor lê o informativo e aceita a informação. O terceiro grau ocorre quando se dá a interiorização das normas básicas de funcionamento da coletividade, ou seja, quando o resultado proposto na informação é apreendido. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao refletirmos sobre o processo de ensino aprendizagem da população de forma geral, bem como em cada indivíduo, verificamos a importância dos diferentes objetivos no que se propõe a ensinar e também de seus conteúdos. Considerando as características de cada

indivíduo e o estilo de cada educador, A nossa atuação como profissional de saúde deve ser harmônica com as intenções e o que entendemos e sabemos do ser profissional, na qual refletimos também sobre a prática do cotidiano, o quanto se torna necessário a análise e essa modificação para que possamos melhorar a educação em saúde da população.

IDENTIDADE E INSERÇÃO PROFISSIONAL DO SANITARISTA: APROXIMAÇÕES ENTRE DUAS PESQUISAS ACERCA DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA

Jussara Lisboa Viana, Allan Gomes de Lorena, Elizabete Cristina Fagundes de Souza, Marco Akerman

Palavras-chave: Saúde Coletiva, estudo de egressos, identidade

Atualmente, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP estão em produção duas pesquisas versando sobre a Graduação em Saúde Coletiva, sendo elas, uma Iniciação Científica (IC) com o tema "Em busca da identidade profissional da graduação em saúde pública/saúde coletiva: narrativas e reflexões de sujeitos implicados" e uma Dissertação de mestrado intitulada "Sanitaristas no SUS: quando os novos profissionais entram em cena". Nesse sentido, resultado da integração dos autores, temos como objetivo dar movimento acerca da produção intercessora do conhecimento sobre a identidade e inserção profissional do sanitário produzida na UFRN e na USP. O campo da Saúde Coletiva, historicamente, colocou no mercado de trabalho profissionais formados em pós-graduação nas modalidades lato e stricto sensu. Ao inserirem-se profissionalmente esses pós-graduados ocupavam cargos de sanitários.

A necessidade da profissionalização para o campo da Saúde Coletiva fez surgir os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, que se expandem pelo país em 2009 através do Programa REUNI. Os discursos para criação destes cursos apontavam para a qualificação de profissionais engajados com o Sistema Único de Saúde e que consolidassem a Reforma Sanitária Brasileira. Enfatizavam que o SUS precisava de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualificasse como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis (BOSI, 2009; PAIM, 2009). Segundo Oliveira e Retour (2010) a inserção profissional como tema de pesquisa é relativamente recente e surge com múltiplas interpretações para o momento da vida do indivíduo que busca representar: entrada na vida ativa, transição profissional, transição escola-trabalho, entre outros. Ainda, a identidade profissional Nóvoa (1997) não é um dado adquirido, não é uma propriedade, não é um produto. A identidade é um lugar de lutas e conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão. Nesse cenário de inserção de um novo ator da saúde identificamos poucos estudos que versavam sobre essa temática. Assim objetivamos com a finalização da Iniciação Científica e da Dissertação cumprir os seguintes objetivos, respectivamente: identificar as percepções dos estudantes de Saúde Pública sobre suas identidades profissionais, e analisar a inserção e atuação profissional de egressos do curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vale ressaltar que apesar da nomenclatura, a graduação da UFRN constrói-se formalmente com o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, há o reconhecimento nacional quanto ao fato de esta graduação pertencer ao campo da Saúde Coletiva e está em processo a mudança no nome do curso para Bacharelado

em Saúde Coletiva, em tramitação nos colegiados universitários. Implicados com a graduação, enquanto estudante e egresso desenvolvemos estudos com abordagem qualitativa de caráter exploratório inspirada no conceito de Merhy (2004), onde o sujeito militante coloca os sujeitos que estão na produção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que investigam suas próprias práticas na produção de conhecimentos, tão implicados com a situação que, ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos esses processos. Ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenômeno em análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenômeno. No tocante à dissertação a produção da coleta dos dados acontece a partir da técnica de Grupo Focal com egressos do curso e entrevistas individuais com técnicos das instituições principais da gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. No que se refere aos resultados obtidos na iniciação científica, foi possível verificar que a identidade profissional dos sanitaristas em formação pela USP se dá pela forma complexa, inseparável da experiência da dúvida e da incerteza. Os estudantes da graduação em saúde pública a partir de suas trajetórias acadêmicas, profissionais, experienciais e vividas na faculdade pensaram em abandonar o curso devido ao desinteresse/decepção com a formação, falta de informações sobre o mercado de trabalho e receio/medo frente a um curso novo. No entanto, os/as alunos/as que se aproximaram de atividades extracurriculares no cotidiano dos serviços de saúde como o VER-SUS, PET-Saúde e Estágio adquirem uma identidade sanitaria

devido ao contato com a prática profissional. Assim, a identidade profissional para Dubar (2000) é: “um fenômeno complexo, produto dos mecanismos de socialização (...) do indivíduo e que apresenta continuidades e descontinuidades (...) sempre forjada num jogo de interações sociais onde o contexto organizacional, as características biográficas do indivíduo e os seus percursos formativos desempenham um papel fundamental”. Ainda, as narrativas produzidas com estes mesmos alunos sobre as expectativas, razões e motivos de cursar a graduação, futuro profissional e genealogias com o curso apontam, segundo Merhy (2007) que não há nunca uma identidade individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Ela está sempre em produção. Partindo de certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias. E para Bauman (2005), na modernidade líquida, há uma infinidade de identidades à escolha, e outras ainda para serem inventadas. E Hall (2006) entende que uma identidade fixa e estável, foi descentrado, resultando nas identidades abertas, contraditórias, inacabadas, fragmentadas, do sujeito pós-moderno. Além disso, a identidade e a inserção do sanitaria é peripatética (Lancetti, 2006) praticada em movimento talvez mais fluoxinária e rizomática, com seus processos de recomposição intensiva sempre em andamentos e abertos a exterioridade centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquista. Por fim, entendemos que as dúvidas quanto à construção do campo da Saúde Coletiva com a chegada dos novos profissionais, permanecem. Existem centenas de egressos atuando em todas as regiões do Brasil. É nesse contexto que surge a necessidade de discutir a profissionalização dos estudantes e egressos que estão na graduação em saúde coletiva/saúde pública, monitorar os

egressos que estão e/ou não estão atuando no mercado de trabalho, acompanhar a regulamentação da profissão e debater a identidade profissional. Desta forma os resultados, de ambas as pesquisas, poderão contribuir tanto para adequações na formação quanto para elucidar questões ainda não exploradas e estudadas.

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO SANITARISTA (DE GRADUAÇÃO)

Allan Gomes de Lorena, Marco Akerman

Palavras-chave: Identidade profissional, sanitaria, graduação

Em um discurso, Jürgen Habermas disse que “Toda obsessão tem raízes biográficas”. Explicava como sua história de vida direcionou e influenciou seus estudos. Tomando emprestadas suas palavras, posso dizer que também são biográficas as raízes de minha relação com a Saúde Pública e a minha experiência profissional-acadêmica é um fator decisivo para a escolha do presente trabalho, tendo como fio condutor a minha formação enquanto graduando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). As experiências da Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e outras instituições de ensino superior demonstram que é possível formar sanitarias na graduação, mas o objeto desta iniciação científica não é de discutir a possibilidade de a graduação formar sanitarias, mas sim trazer o debate da identidade profissional. Nóvoa (1997) explica que “(...) a identidade não é um dado adquirido, não é uma propriedade, não é um produto. A identidade é um lugar de lutas e conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão”. Muito se fala dos limites e possibilidades da graduação em saúde coletiva, a visão dos

coordenadores sobre essa graduação, do romantismo dos cursos de graduação em saúde coletiva para o fortalecimento do SUS, mas, pouco se fala da identidade profissional dessa graduação. Nesse sentido, a pesquisa “em busca da identidade profissional da graduação em saúde pública/saúde coletiva: narrativas e reflexões de sujeitos implicados” teve como objeto investigar as distintas percepções dos estudantes de saúde pública da Universidade de São Paulo (USP) sobre suas identidades profissionais, mercado de trabalho e formação acadêmica. Trata-se de uma investigação qualitativa e exploratória organizada em três eixos: I. Informação bibliográfica e Saúde Pública, eixo que procura apresentar e discutir temas relacionados ao processo histórico relativo à consolidação do pensamento científico, constitutivo da ciência moderna, seus fundamentos ontológicos, epistemológicos e lógicos; II. Narrativas e sujeitos implicados, busca-se a garantia de um método científico inovador de cogestão do processo de trabalho colaborativo, compartilhando saberes, produzindo conhecimento e intervenção, ou seja, um eixo vivo da pesquisa científica. É destinado para os estudantes construir suas narrativas, buscando explorar aspectos de interesse e que façam sentido para os alunos em saúde pública como: trajetória de vida na universidade, atividades realizadas na faculdade e experiências vividas na graduação; III. Identidade, Sociologia e Saúde Pública, eixo interdisciplinar voltado para a construção da identidade profissional do sanitaria a partir da produção científica de Claude Dubar, sociólogo francês que estuda identidade no trabalho. E Zygmunt Bauman, sociólogo polonês versando sobre as identidades no que denomina de modernidade líquida e Stuart Hall, sociólogo inglês que estuda as identidades culturais na interface da pós-modernidade. A identidade é algo que carregamos durante toda a nossa vida desde o momento que nascemos até

o momento que morremos, está sempre em constante metamorfose conforme vivemos e experimentamos a nós mesmos. Para Dubar (1997) as identidades que assumimos, se constituem em um movimento de tensão permanente entre os atos de atribuição e os atos de pertença. E, Bauman (2005), que na modernidade líquida, há uma infinidade de identidades à escolha, e outras ainda para serem inventadas. Já que Hall (2006) entende que uma identidade fixa e estável, foi descentrada, resultando nas identidades abertas, contraditórias, inacabadas, fragmentadas, do sujeito pós-moderno. “A escolha por saúde pública se deu devido ao interesse pela área da saúde. A princípio, a definição do curso veio com a curiosidade do que se tratava efetivamente a ideia de saúde pública, foi como um tiro no escuro, sem a certeza do que se esperar de um curso novo” (Sanitarista em formação). “Acho que a minha história com a graduação é antes dela, quando fui estagiário da SESAP por dois anos. A experiência mais marcante naqueles dois anos foi trabalhar na divisão de atenção básica e em algum ponto da trajetória, estar próximo da divisão de atenção especializada, urgência e emergência, saúde da família e saúde bucal. Quando terminou o estágio e o ensino médio, queria fazer uma graduação “parecida” com a minha vivência na SESAP. Conheci os cursos de saúde coletiva da UFPR, UFRGS e UFRJ, o que me fez pensar nesses vestibulares. Contudo, vi que a USP tinha aberto em seu vestibular o curso de saúde pública... achei interessante, parecido com o curso de saúde coletiva, gostei das disciplinas e decidi prestar o vestibular.” (Sanitarista em formação). As identidades que vão se constituindo nesse processo de dúvida e incerteza é apoiado na especificidade que cada ser conduz seus processos identitários oscilando como diz Dubar (1997) entre o estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural. No que concerne a construção de um mercado de trabalho

para o graduado em saúde pública, Oliveira et al. (2013) diz que formalizado enquanto carreira, ainda não. O mercado de trabalho para as novas profissões é algo que surge paralelamente ao desenvolvimento dos cursos. Desta forma, o mercado de trabalho para o profissional de Saúde Pública está em construção [...] O campo da Saúde Coletiva carece de profissionais com formação ampliada de Saúde Pública/Coletiva, que trate a saúde em sua visão global e integradora e que seja capaz de dialogar com os demais profissionais da área da saúde. A minha experiência com a graduação sempre foi mais fora do que dentro, por entender que a saúde pública se faz fora da sala de aula. Quanto ao futuro profissional sou bastante otimista (talvez otimista até demais) quanto à inserção do sanitário nos serviços de saúde. Ou pode dar muito certo ou pode dar muito errado, mas pela as minhas andanças e coisas que fui/vou fazendo, tenho boas expectativas. (Sanitarista em formação). Portanto, quando olhamos para a vida destes sujeitos dando atenção aos processos biográficos que estes/as mesmos/as se sujeitam a partir de suas escolhas, aptidões e vontades realizamos “a construção biográfica de uma identidade profissional e portanto social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações, intervir de uma maneira ou de outra em representações. Esta perspectiva ancora a identidade na experiência relacional e social do poder e, portanto, faz das relações de trabalho o “lugar” em que se experimenta o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder” (Dubar, 1997). A identidade profissional do sanitário é peripatética (Lancetti, 2006) praticada em movimento (...) bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura (...) talvez mais fluoxinária e rizomática, com seus processos

de recomposição intensiva sempre em andamentos e abertos a exterioridade (...) centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquistam. É um “mundo dionisíaco do eternamente-criar-a-si-próprio, do eternamente-destruir-a-si-próprio (...) Esse mundo é a vontade de potência - e nada além disso! E também vós próprios sois essa vontade de potência - e nada além disso!” (Nietzsche, 1978).

INFLUÊNCIAS DA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, APÓS 2001

Thayline Cardoso, Bianca Joana Mattia, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: Enfermagem, Formação, Integração Ensino-serviço

APRESENTAÇÃO: Na década de 80 começaram a surgir novos arranjos organizacionais para o setor saúde no cenário nacional. As novas propostas tinham como finalidade proporcionar uma melhor organização do sistema de saúde, trazendo os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade, como princípios norteadores das políticas no setor saúde. Para possibilitar o trabalho em saúde nessa nova organização, surge a necessidade da formação de profissionais generalistas, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, além de ser capaz de ter uma visão para além dos aspectos biológicos, uma visão integral do processo saúde-doença. Tendo em vista essa necessidade, inúmeros movimentos foram protagonizados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em relação à formulação de Diretrizes para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Assim, em 2001 foram aprovadas as novas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem, embasados na Lei de Diretrizes e Bases de 1996. Dentre vários aspectos que foram abordados pelas novas DCN, ressaltamos a relação ensino-serviço como um dos principais e mais influentes no processo de construção do saber do profissional de Enfermagem. A integração ensino-serviço permite ao aluno conhecer a realidade da saúde local, colocando-o frente à situações que estarão frequentemente presentes na sua vida profissional. Ainda, fortalece a responsabilidade pela formação profissional para todos os atores envolvidos no processo. Além disso, torna-se espaço privilegiado de Educação Permanente em Saúde. Dessa forma o objetivo desse trabalho é reconhecer como a Integração Ensino-Serviço influencia na formação do profissional com perfil para atuar no Sistema Único de Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O resumo é parte de uma revisão integrativa acerca das mudanças ocorridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem, influenciadas pela implantação do SUS. A busca foi realizada no site da BVS, utilizando os descritores “Diretrizes Curriculares” and “Enfermagem”. Foram utilizados os filtros idioma português, o texto completo disponível, e o tipo de arquivo, sendo selecionados somente artigos. A busca resultou em 70 artigos que foram lidos e organizados em uma planilha no aplicativo Excel. Os artigos repetidos ou que não correspondiam à temática e ao interesse das autoras foram excluídos, resultando 35 artigos que foram lidos e categorizados, sendo que uma das categorias é a: relação ensino-serviço. **RESULTADOS:** Dos trinta e cinco artigos lidos, 71% falam que a relação ensino-serviço tem influências na formação profissional. É fundamental que ocorra a articulação entre o ambiente de estudos e o ambiente de práticas, possibilitando ao

estudante vivenciar situações que estarão presentes no seu futuro ambiente de trabalho, além de garantir a articulação entre teoria e prática durante a graduação. Essa integração envolve no processo educacional, todos os profissionais presentes no serviço, tornando-os parte do processo e oportunizando a troca de experiências e conhecimentos. É fundamental, para que esse processo ocorra que exista a parceria “enfermeiro - professor - aluno” a fim de facilitar a integração entre todas as partes envolvidas, possibilitando o desenvolvimento do compromisso ético político. As principais temáticas abordadas nos estudos foram: Cenários de Prática, Formação Integral e Dimensões do Cuidado. Em relação aos Cenários de Prática: os autores ressaltaram a necessidade de diversificação dos cenários de prática, afim de que o aluno vivencie inúmeras situações que estarão presentes no ambiente de trabalho. É importante ainda oportunizar aos estudantes conhecer diversos campos de prática, tornando-os enfermeiros aptos a atuar em diferentes contextos. Além disso, nas DCN podemos constatar a intenção de formar um profissional que seja capaz de atender às necessidades do campo da saúde com iniciativa, reflexão, motivação, liderança, e que dessa forma, atue com competência e profissionalismo em todas as áreas do cuidado. Sendo assim, para que seja possível formar profissionais capazes de atender aos indivíduos com integralidade, as escolas devem estar comprometidas com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade da saúde em suas diferentes áreas, constituindo-se ativas participantes dos processos de educação permanente. Ainda, foi possível visualizar nos estudos algumas lacunas relacionadas aos cenários de prática, como a dificuldade de cenários de prática disponíveis, constituindo-se um desafio para

a integração ensino-serviço. Em relação a Formação Integral a implantação das DCN implica em um novo desafio de formar enfermeiras com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, sendo capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidade. A formação Integral é primordial para que aconteça a integração efetiva entre o ensino e o serviço, garantindo a atenção de qualidade e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). E por último no que diz respeito as Dimensões do Cuidado os autores dos estudos defendem que o enfermeiro generalista é aquele que teve oportunidade de prática em todos os cenários do cuidado e estão aptos a atender às demandas do “cuidar” em qualquer esfera da saúde. Dessa forma, podemos dizer que são impostos simultaneamente, para as escolas e para o sistema de saúde desafios como a ampliação da clínica, a articulação entre individual e coletivo, a construção da integralidade da atenção, do trabalho em equipes matriciais. A fim de formar profissionais comprometidos com a saúde da população e preparados para atuar no campo da saúde, amplia-se a integração ensino-serviço e as instituições de formação acadêmica para a área da saúde, principalmente as universidades públicas, assumem importante pesquisa e formulação de conceitos sobre as práticas de saúde, tendo em vista que os campos de práticas e estágios se mostram ricos em situações concretas, frente a situações limites onde o futuro enfermeiro possa desenvolver seu compromisso ético-profissional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos compreender a relação-ensino serviço como peça fundamental para a formação de profissionais generalistas capazes de atender à população de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Podemos considerar um avanço pensar que ao centrar a formação na pessoa a ser profissionalizada, poderíamos construir a cidadania do sujeito e contribuir para formação de profissionais mais comprometidos com a saúde do coletivo. É importante ressaltar a necessidade de diversificação dos cenários de prática, tendo em vista a possibilidade de o estudante estar diante de inúmeras situações - problema que poderão acompanhá-lo na carreira profissional, tornando-o um profissional preparado para lidar com as adversidades. Compreendemos então, que a integração entre ensino-serviço é o principal eixo capaz de instrumentar os futuros enfermeiros a serem competentes e reflexivos aptos a atender a população de forma integral, de acordo com os princípios do sistema de saúde, prestando assistência em todos os níveis de atenção.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE EM NITERÓI/RJ: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM MEDICINA, ENFERMAGEM E JORNALISMO

Matheus Sousa dos Santos, Lucia Cardoso Mourão, Marcos Paulo Fonseca Corvino, Lizandra Aparecida Machado Barbosa, Mariana de Barros Araujo, Thalles Spinelli Rodrigues

Palavras-chave: Saúde do adolescente, Implicações profissionais, Formação em saúde

APRESENTAÇÃO: A adolescência é um período de transição entre a fase adulta e a infância, marcado por diversas transformações biopsicossociais. O estímulo a participação social dos jovens contribui não apenas com o seu desenvolvimento pessoal, mas com o desenvolvimento das

comunidades em que estão inseridos. Dentre as ações que concorrem para tal fim incluem-se as de promoção a saúde realizadas em parcerias com os profissionais dos vários setores que lidam com questões inerentes a esse grupo etário. A prática de educação em saúde para os adolescentes que deve ser realizada intersetorialmente constitui-se em um desafio aos profissionais da saúde, da pesquisa e da educação. Nesse contexto, uma encomenda foi feita pela escola, aos profissionais de saúde, de pesquisa, que atuam da área de abrangência de uma policlínica regional de saúde, para reduzir a vulnerabilidade desses indivíduos aos riscos à saúde, bem como desenvolver sua cidadania. As reflexões que fazemos nesse estudo baseiam-se na análise das implicações dos bolsistas de iniciação científica da UFF, que participam da pesquisa sobre as implicações dos profissionais de ensino, saúde e educação desses estabelecimentos envolvidos, visando compreender o impacto dessa experiência para o desenvolvimento de suas competências e habilidades profissionais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: descrição da experiência ou método do estudo: Desde 2012, os alunos da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado II, do terceiro e quarto período do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), orientados pela sua preceptora, a equipe de saúde da Policlínica Sérgio Arouca e do Instituto Vital Brazil desenvolvem ações de promoção a saúde com os adolescentes do Colégio Estadual Guilherme Briggs. Tal prática originou um projeto de pesquisa que incorporou bolsistas de iniciação científica dos cursos de Medicina, Enfermagem e Jornalismo, da UFF. A política de iniciação científica tem a proposta viabilizar o desenvolvimento de habilidades que permitam a iniciação do aluno no campo da pesquisa. A luz dos conceitos da Análise Institucional francesa

Lourau-Lapassadena, que são apropriados na Saúde Coletiva no Brasil, objetivamos analisar a prática interdisciplinar que se institui entre os profissionais das organizações de saúde, educação e pesquisa envolvidas nas ações intersetoriais de educação e saúde dos adolescentes da região de Santa Rosa no município de Niterói/RJ. A Análise Institucional é uma abordagem que busca a transformação das instituições a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, através de uma interação entre os atores envolvidos para que haja uma reflexão sobre o fazer individualizado, individualizante e corporativista confrontando-o permanentemente com a forma como se pratica e se vive a cidadania nos dias de hoje. No desenvolvimento dos trabalhos utilizou-se a abordagem da Análise Institucional em sua vertente socioclínica institucional. Para tanto se observou as características presentes nessas intervenções como: os contextos e as interferências institucionais; as transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança; a encomenda e a demanda; a análise das implicações; a participação dos sujeitos no dispositivo de intervenção; a intervenção e a intenção da produção de conhecimentos; a aplicação da modalidade de restituição e os analisadores que fazem a instituição falarem. Em encontros socioclínicos com representantes de cada instituição, desvelamos, coletivamente, como as instituições que nos atravessam possibilitam a auto e heterorealização no processo de subjetivação a que estamos todos expostos. A prática interdisciplinar de vários profissionais de saúde propicia a formação de cidadãos mais autônomos, críticos e comprometidos socialmente, com valores de solidariedade, respeito e transformação de sua realidade sócio-

econômico-cultural. O diálogo entre as áreas, biomédicas e humanas, e a relação entre elas implica na potencialização do contato com outras formas de conhecimento e metodologias a fim de atingir um objetivo comum. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: O projeto cursa e se desdobra com a realização das atividades educativas planejadas. A pesquisa contribui de modo significativo para formação interdisciplinar entre os discentes envolvidos. Os bolsistas avançaram na sua inserção no âmbito das atividades de pesquisa proporcionando uma capacitação profissional mais consistente. A realização de várias ações incluindo a dinâmica de grupo com os alunos do ensino médio, em substituição a tradicional aula expositiva, a fim de despertar um maior interesse nos adolescentes, teve uma avaliação positiva de todos os participantes. A criatividade dos bolsistas em desenvolver uma atividade mais lúdica e atrativa, através de um jogo de perguntas e respostas despertou a maior participação dos alunos do nível médio e concorreu para que expandissem o seu campo de interesse e aprendizagem. No convívio entre bolsistas e alunos houve ruídos na comunicação, o que gerou o pedido de emprego de termos mais familiares para facilitar o entendimento do que era explicado. Na Medicina e na Enfermagem, é exigido do acadêmico o domínio de termos técnicos da área da saúde. A adequação da linguagem mais próxima da realidade daqueles adolescentes foi um exercício de capacitação desses futuros profissionais. O emprego de uma linguagem simples, objetiva e coloquial, características comuns no Jornalismo, fora ressaltada nas reuniões que antecederam a visita à escola. Ao final das intervenções, para aperfeiçoar esse contato com os adolescentes, foi proposta pelos bolsistas uma caixa, para deixarem perguntas, observação e críticas a

serem trabalhados nos próximos encontros. Além disso, um novo meio de interação foi proposto pelos graduandos por meio da página Dr. Dúvida no Facebook (<https://www.facebook.com/drduvida>), que se constitui em um canal pelo qual os alunos possam tirar dúvidas virtualmente, caso não queiram se expor perante os colegas. A Internet é um meio muito utilizado pelos jovens para encontrar respostas sobre a sexualidade. O Dr. Dúvida, estratégia ainda em aperfeiçoamento, não substitui o profissional de saúde, mas fomenta o debate sobre as questões mais apresentadas pelos alunos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A produção em equipe foi vista como benéfica para os sujeitos envolvidos, uma vez que, para os adolescentes e, também, para os professores ficou a demanda de mais dinâmicas, com abordagens diferentes, como o consumo inadequado de álcool na adolescência, por exemplo. O reforço do pressuposto da formação interdisciplinar como possibilidade de ampliação dos objetivos educacionais da Universidade, fomentado neste projeto de iniciação científica, foi uma dos principais resultados obtidos na interação entre os graduandos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Jornalismo. Essa aproximação entre os diferentes campos potencializa uma formação mais ampla, mais humana e diversificada. O estímulo à interdisciplinaridade permite selecionar percursos mais adequados ao perfil profissional coerentes com as necessidades da sociedade, além de ser benéfica para o diálogo com outras formas de conhecimento e outras metodologias. A influência desse estudo na formação é uma inovação devido à forma articulada entre ensino, serviço e comunidade, ao mesmo tempo em que desenvolve uma produção acadêmica de pesquisa articulada interna e externamente à universidade.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: DESAFIOS À CONSTRUÇÃO DE REDES ENTRE O MUNDO ACADÊMICO E O MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE

Gisele Iopp Massafra, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: Redes de Saúde, Quadrilátero

APRESENTAÇÃO: A partir de um amplo debate na sociedade brasileira, surgiu uma proposta de política pública estimulada pelo movimento sanitário que se institucionalizou e foi acolhida na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988). Como pressuposto conceitual o SUS define que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, sendo que seus princípios e diretrizes defendem a atenção integral em saúde, a equidade, universalização do acesso com participação popular. Assim, espera-se que as ações e políticas de saúde possam, em alguma medida, atuar em um modelo assistencial que atenda as necessidades básicas da população, que seja descentralizado e que se fortaleça em uma rede articulada de serviços. (BRASIL, 1988). Para tanto, ao longo deste tempo de implementação do SUS tem se trabalhado numa perspectiva de atenção à saúde – de cuidado, que seja baseado no princípio da integralidade. Para isto, às políticas públicas tem apostado numa reorganização do modelo de atenção, fortalecendo a articulação entre os serviços, ou seja, promovendo a implantação das redes de atenção à saúde (RAS's). Esta proposta permite ofertar segurança e qualidade no atendimento à saúde da população, no tempo certo, com custo certo e com responsabilização sanitária e econômica na população adscrita. (MENDES, 2011). Além das RAS's, subentende-se a necessidade do aprimoramento na qualidade da formação

dos profissionais de saúde, visto que na Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso 3 atribui ao SUS a ordenação a formação na área da saúde. Para que ocorra esta formação e o desenvolvimento dos trabalhadores desta área, deve haver o envolvimento das três esferas de governo, das instituições de ensino, dos serviços de saúde e do controle social. (BRASIL, 2009). Para Ceccim e Bilibio (2002) há registros de investimentos na formação em saúde introduzindo a relevância da articulação ensino-serviço, porém, pouco se descreve sobre a articulação entre ensino-serviço-gestão-controle social articulado com as graduações na área de saúde. Este entrelaçamento é definido pelos autores como “O Quadrilátero da Formação”, termo descrito como “Construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social”. Para estes mesmos autores, o investimento não deve estar voltado apenas para um setor. O entrosamento entre a comunidade, a gestão seja ela pública ou privada e os docentes, devem estar em constante alteridade, engajados em um mesmo propósito, o da melhoria na saúde da população, ou seja, novas propostas de uma saúde equânime e de qualidade para todos. Para isto, se fazem necessários estudos e discussões mais aprofundados, vislumbrando articulação entre as quatro faces do quadrilátero (ensino, gestão, atenção e controle social), pois se acredita que a partir desta junção, novas ideias serão expostas partindo da formação, conhecimento e vivência de cada profissional, principalmente na escuta dos atores que compõe o controle social. Objetivos: o objetivo do estudo é propor um Plano de Ação para o fortalecimento de rede de saúde articulada na perspectiva do Quadrilátero da Formação no município de Pato Branco – PR. Objetivos específicos:

Identificar de que modo funciona a rede de saúde na perspectiva do quadrilátero da formação do município tendo como escuta os atores que compõe as faces o do quadrilátero da formação em saúde; Mapear os nós críticos da rede no município de Pato Branco – PR e as pautas necessárias para efetivar as agendas na perspectiva da integração ensino-serviço tendo como escuta os atores que compõe o conceito do quadrilátero da formação em saúde. A escolha do tema justifica-se pela vivência da mestranda como protagonista na formação de profissionais de saúde como coordenadora de um Curso de Graduação de Bacharelado em Enfermagem no município de Pato Branco, onde se preocupa em formar cidadãos críticos, reflexivos, humanistas, mas que atendam e conheçam todos os princípios e diretrizes do SUS, resultando em profissionais preparados para atender as necessidades da população. Para isso, percebe-se que a relação ensino-serviço-gestão e controle social devem estar imbuídos neste processo. METODOLOGIA: A pesquisa terá abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O local de escolha para desenvolvimento da pesquisa será o município de Pato Branco – PR, o qual está localizado no sudoeste do Estado do Paraná com área total de 539,029 Km² e população estimada de 78.136 habitantes. (IBGE, 2014). Todos os participantes estão vinculados com o serviço público de saúde do município em estudo e com as instituições formadoras que atuam com atividades acadêmicas nestes serviços. Serão quatro usuários que representarão o segmento controle social onde serão escolhidos de modo aleatório, quando estiverem em atendimento nos serviços de saúde do município. Serão entrevistados quatro enfermeiros que correspondem ao segmento da atenção à saúde, que atuam em unidades básicas de saúde, que recebem estudantes e docentes da instituição formadora. Quatro docentes, representando o segmento formação que

atuam em atividades práticas nas unidades básicas do município. E, finalmente, quatro gestores dos serviços de saúde do município, representando o segmento gestão. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão agendadas previamente, gravadas e serão realizadas fora de horário de trabalho ou em momentos que não comprometam a atuação dos participantes. Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estão baseados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), que estabelece os parâmetros éticos para realização de pesquisas com seres humanos. Todos os participantes da pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando a natureza do estudo e garantia de anonimato e desistência da participação em qualquer momento da pesquisa. Seus nomes serão preservados, sendo utilizados fictícios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Espera-se que com este trabalho, os nós críticos da rede de saúde do município, sejam pontuados e posteriormente com a aproximação da Instituição de Ensino, com os Serviços de Saúde e os usuários do município sejam estabelecidas estratégias de melhorias para a saúde da população. A vivência da mestranda contribuirá nas propostas para as melhorias bem como no comprometimento de formação de enfermeiros com olhar crítico sobre a saúde, preocupados em atender as necessidades sociais com ênfase no SUS assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento.

INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, Maristela Dalbello-Araujo

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Educação, Serviços de saúde, Integração docente-assistencial

Desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira existe a preocupação com as temáticas da formação profissional e da integração entre os sistemas de saúde e de ensino. A importância dessas temáticas é tamanha, que a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que referendam o Sistema Único de Saúde (SUS), definiram em seus textos como competência do sistema de saúde brasileiro a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Contudo, a revisão de literatura aponta que a formação de profissionais habilitados para atuar em coerência com os princípios e valores do SUS e atender as reais necessidades de saúde da população, ainda consiste em um dos principais desafios para a consolidação do nosso sistema de saúde. Também aponta que no escopo de políticas do SUS, a de formação é uma das áreas menos problematizadas, apesar de sua importância nos debates travados sobre o sistema de saúde brasileiro. Observa-se que os modelos hegemônicos de formação ainda têm foco na doença, privilegiam os aspectos biológicos em detrimento dos psicológicos e sociais, são medicalizantes, centrados em procedimentos e limitados aos hospitais como cenário de aprendizagem. Além disso, problemas como a desarticulação entre as instituições formadoras e as de serviços e a dissociação entre os mundos do ensino e do trabalho destacam a complexidade dessa temática. Para a superação do descompasso existente entre as necessidades de saúde da população e o ensino, é preciso que os setores da saúde e da educação firmem uma permanente parceria e que os processos formativos sejam orientados para e pelo trabalho. Assim, tornou-se necessário implantar uma política voltada para os recursos humanos em saúde. Em 2003 o

Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, tendo a Educação Permanente (EP) como estratégia fundamental para a recomposição das práticas na área. Apresentada ainda em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) somente foi instituída no ano seguinte pela Portaria nº 198 GM/MS. Essa política foi definida como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, cumprindo a meta de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem. Para a sua condução, foram instituídos os Pólos de Educação Permanente, que são instâncias interinstitucionais e locais regionais de gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) e deveriam funcionar como rodas de debate e construção coletiva, promovendo mudanças nas práticas de saúde e nas práticas de educação na saúde. Ainda que a PNEPS tenha sido reformulada em 2007, pela Portaria nº 1.996 GM/MS, ambos os documentos ministeriais afirmam a Educação Permanente em Saúde como o conceito pedagógico que viabiliza relações entre ensino, ações e serviços, ou seja, o encontro entre os mundos da formação e do trabalho a partir do pressuposto da Aprendizagem Significativa – que produz sentidos – e da reflexão crítica sobre a realidade das práticas e dos serviços. Desse modo, a EPS pode ser definida como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e/ou da formação em saúde em análise. No contexto dos processos de mudança da formação dos profissionais de saúde, merecem destaque as iniciativas de integração ensino-serviço que, em

conformidade com a PNEPS, emergem como uma possível resposta do Ministério da Saúde aos modelos tradicionais de formação que não se mostraram suficientemente capazes de responder, de maneira adequada, às necessidades de saúde individuais e coletivas. A integração ensino-serviço consiste no trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes, docentes e trabalhadores da área da saúde (inclusive gestores), e ainda, em uma estratégia de formação e educação permanente dos profissionais de saúde que utiliza a face assistencial do sistema de saúde como recurso pedagógico. Seus objetivos são a qualificação da assistência individual e coletiva, da formação profissional e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Integrar ensino e os serviços é uma tendência importante no campo da formação profissional em saúde e a revisão de literatura destaca algumas iniciativas nesse sentido que, ao longo dos últimos anos, promoveram mudanças consideradas substantivas nos processos formativos da área: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde, o AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde, e mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o PET-Saúde Redes. Tais iniciativas apresentam uma perspectiva de ensino-aprendizagem que rompe com históricas dicotomias como, por exemplo, pensar e fazer, e possibilita a integração entre habilidades teóricas e práticas, entre diferentes saberes, projetos, atores e segmentos sociais. Essa perspectiva de aprendizagem, que encontra sustentação na integralidade e vai ao encontro da proposta da PNEPS,

promove experiências significativas ao compreender que o conhecimento humano é construído e processado na medida em que se reflete sobre a ação, do pensamento sobre o vivido no concreto do trabalho. Nessa perspectiva, a aprendizagem está diretamente relacionada à experiência que o indivíduo vive, ou seja, à sua vivência, podendo esta ser, dentre outros, prazerosa, mobilizadora ou desconfortável. Assim, considerando a importância de acompanhar tais iniciativas na direção de mudar os processos de formação profissional na área da saúde, realizamos uma pesquisa tendo como cenário o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, uma das iniciativas de integração ensino-serviço do município de Vitória-ES. Esse Programa foi desenvolvido a partir da parceria entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), no período de agosto de 2013 a julho de 2015. A parceria elegeu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória como foco das atuações e teve como cenários de prática duas Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e uma equipe do Consultório na Rua (CnaR). Estiveram envolvidos no Programa 36 discentes de sete diferentes cursos de graduação e 06 docentes dos cursos da área da saúde da UFES, 18 profissionais que atuaram como preceptores dos alunos, além dos gestores, e usuários dos serviços municipais de saúde. Nesta pesquisa optamos por abordar os discentes e nos propusemos a analisar as vivências desses estudantes que participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. A pesquisa teve base na abordagem qualitativa e para alcançar o objetivo proposto, acompanhamos as experiências de quinze acadêmicos dos cursos contemplados pelo Programa. Destes, oito foram entrevistados individualmente e sete produziram diários

de campo entre janeiro e junho de 2015. A análise do conteúdo das entrevistas e dos diários de campo revelou intensas vivências que produziram contato com desconfortos e outras mobilizadoras de afetos positivos que os alunos afirmaram ter repercutido em seu processo de formação pessoal e profissional. Por isso tudo afirmamos que se torna necessário fortalecer as iniciativas de integração ensino-serviço nas instituições de ensino superior, nos serviços de saúde e junto à comunidade, de modo a assegurar sua sustentabilidade no processo de construção de sistemas de saúde escola.

INTERDISCIPLINARIDADE NO CURRÍCULO: COMPREENSÃO DE COORDENADORES DE CURSOS DE FARMÁCIA

Iane Franceschet de Sousa, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Palavras-chave: interdisciplinaridade, currículo, educação farmacêutica

A formação dos profissionais de saúde, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), exige mudanças curriculares desafiadoras. Para os gestores dos cursos de graduação em saúde, espera-se que busquem rever seus currículos à luz de novas propostas, contemplando o desenho e a implementação de um currículo integrado, interdisciplinar, centrado no aluno e baseado em metodologias ativas. A postura interdisciplinar é condição exigida para o sucesso na efetivação do currículo integrado, mostrando que, de fato, a integração e a interdisciplinaridade andam juntas. Diversos autores enfatizam que a integração se refere à organização das disciplinas num programa de estudos, como uma formalidade da interdisciplinaridade. Sem dúvida, a integração é um passo prévio à interdisciplinaridade, ou seja, a integração

leva a interação, que é uma condição para efetivação da interdisciplinaridade. A própria estrutura linear de um currículo organizado por disciplinas, mesmo que estas se subdividam em núcleo comum e parte diversificada, é o principal empecilho à consecução de um trabalho interdisciplinar, pois a estrutura linear em si já é uma forma de provocar a “compartimentalização” do saber em conteúdos estanques. A modificação na estrutura curricular seria então, ao lado de outras, uma das providências a serem tomadas para atingir a prática interdisciplinar. Considerando a necessidade de readequação do ensino dos profissionais de saúde com vistas a cumprir os critérios estabelecidos pelas DCNs, esta pesquisa teve como objetivo investigar a compreensão do que se entende sobre a interdisciplinaridade no currículo dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições de Ensino Superior na Região Centro-Oeste, sob o olhar dos coordenadores desses cursos. MÉTODO DO ESTUDO: A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, sob os pressupostos da Fenomenologia, através do método do fenômeno situado, o qual foi aplicado em três etapas: descrição, redução e interpretação fenomenológica. Foram entrevistados 16 coordenadores de cursos de graduação em Farmácia da região Centro-Oeste, autorizados pelo MEC e cuja matriz curricular encontrava-se em conformidade com as DCN estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº2, de fevereiro de 2002. A pergunta norteadora foi: “Como você compreende (o que significa para você) a interdisciplinaridade no currículo?” As entrevistas foram efetuadas no período de junho de 2011 até junho de 2012. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sob o protocolo nº 1886 de 25 de novembro de 2010. RESULTADOS: Em relação ao enfoque da interdisciplinaridade no currículo, os depoimentos foram interpretados conforme

as convergências e divergências dos discursos, identificando-se vinte e quatro unidades de significado a partir das falas dos entrevistados. Seguem alguns trechos e suas interpretações, relacionados ao significado da interdisciplinaridade no currículo: A) A interdisciplinaridade significa interligar uma disciplina a outra. B) A interdisciplinaridade significa que uma disciplina complementa a outra. C) A interdisciplinaridade significa interrelacionar uma disciplina isolada com a outra, em algum momento do curso. D) Interdisciplinaridade significa entender todo o contexto de disciplinas ministradas durante o curso. E) A interdisciplinaridade é a associação de diversas disciplinas, conteúdos, ensinamentos, seguindo uma linha de raciocínio que ligue uma disciplina à outra. F) Interdisciplinaridade significa associar todos os conhecimentos e aplicá-los de forma ampla. G) Exercer a interdisciplinaridade é muito difícil, o acadêmico tem só uma noção da relação entre uma disciplina e outra. H) A interdisciplinaridade tem que acontecer dentro do currículo, tentando criar espaços para que os conteúdos possam conversar, para que os conteúdos possam ter sentido para o acadêmico. I) A interdisciplinaridade é necessária para dar sentido ao conhecimento visto nas disciplinas. J) A interdisciplinaridade permite que as disciplinas abordadas em um dado momento possam auxiliar na compreensão de outros conteúdos que serão aplicados mais adiante na própria vida profissional do farmacêutico. K) A interdisciplinaridade ocorre na matriz curricular com lições e disciplinas que abordem as várias áreas que o farmacêutico vai atuar. L) A interdisciplinaridade tem como objetivo integrar todos os conteúdos de forma que satisfaçam os objetivos do curso. M) A interdisciplinaridade é a integração de conteúdos, ajudando a “amarrar” as disciplinas dentro do currículo para que o futuro profissional possa resolver

problemas práticos. N) A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma fusão de disciplinas e conteúdos. O) A junção de áreas, como a Farmacologia e as Análises Clínicas, possibilita ao acadêmico uma visão mais ampla. P) Ser interdisciplinar é entender sobre todas as áreas de atuação do farmacêutico, de medicamentos, análises clínicas e alimentos. Q) Interdisciplinaridade significa associar os conteúdos das áreas de formação do farmacêutico (análises clínicas com medicamentos). No entanto, na prática, isso não é possível. R) A interdisciplinaridade deve existir para que o farmacêutico possa conhecer todas as áreas em que ele pode atuar. A interdisciplinaridade é compreendida no currículo como um “juntar de disciplinas” sem levar em consideração a cooperação e a interação, aproximando-se de um currículo multidisciplinar. Isso reflete a própria realidade de trabalho dos entrevistados, que atuam em cursos com currículos multidisciplinares. A integração é citada em alguns depoimentos como forma de caracterizar a interdisciplinaridade. No entanto, o fato do termo “integração” ser basicamente introduzido para designar o estabelecimento de uma hierarquia dos conteúdos das matérias, seja na busca de uma ordenação horizontal ou vertical, poderia levar a uma caracterização de multidisciplinaridade ou, no máximo, de pluridisciplinaridade, em que a preocupação primeira seria a justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas, ou a integração de conteúdos de uma mesma disciplina. O termo “interdisciplinaridade” é tomado, por muitos entrevistados, apenas como meio para atingir a integração. A integração seria, então, efetivamente o produto final e não etapa para a interdisciplinaridade. Entretanto, a tônica principal da interdisciplinaridade seria a “interação” e o objetivo final seria o estabelecimento de uma atitude dialógica, tendo-se em vista a compreensão e a modificação da própria

realidade. Determinados termos utilizados nas falas, como “amarrar”, “juntar” e “fundir”, remetem à ideia de um currículo fixo e engessado. No entanto, o sentido real da interdisciplinaridade é o de tornar o currículo mais fluído para que os conteúdos possam conversar entre si. Alguns depoimentos evidenciam uma dificuldade concreta em realizar mudanças efetivas nos currículos de Farmácia, assim como a dificuldade em compreender a proposta interdisciplinar. De fato, isso reflete a própria formação acadêmica dos entrevistados, fragmentada e voltada para as especialidades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para que a interdisciplinaridade seja efetivada na formação do farmacêutico é necessário, primeiramente, que cada docente compreenda que seus conhecimentos são limitados e provisórios. O movimento em prol da interdisciplinaridade implica em mudanças no cotidiano, em uma desconstrução ou ruptura com a prática tradicionalmente feita e estabelecida. Ser interdisciplinar pressupõe o desapego, o rompimento das amarras de um ensino cristalizado, significa a busca por um novo território, mas sem a segurança daquilo que já é sabido e consagrado. Portanto, é preciso que haja reflexões de práticas e teorias para que a interdisciplinaridade seja exercida, onde todos os atores envolvidos, como coordenadores de curso, professores e alunos, cultivem a humildade nos relacionamentos interpessoais, sendo este o maior fundamento da interdisciplinaridade. Todavia, apenas a interdisciplinaridade não garante um ensino adequado, mas permite que se faça uma reflexão crítica sobre o trabalho educacional visando a inserção de novos valores filosóficos e científicos que ultrapassem o enfoque fragmentado e descontextualizado do ensino, procurando transformar as práticas para que se tornem mais desafiadoras.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E LINHA DE CUIDADO DE HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL NO SETOR DST-UFF/NITERÓI

Kelly Cristina da Silva Cunha, Rebecca Faray Ferreira Lopes

Palavras-chave: itinerário terapêutico, saúde do homem, Doenças Sexualmente Transmissíveis

APRESENTAÇÃO: O itinerário terapêutico (IT) pode ser descrito como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que envolvem práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é direito do homem ter acesso à assistência à saúde de maneira contínua e integral. Em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrareferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção. Permite a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais executadas pela rede de serviços de saúde, desde a Atenção Básica até os outros níveis de atenção, com maior resolutividade e humanização. Para DST não foi encontrado uma linha de cuidado específica. Produzido pelo Ministério da Saúde o “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” apresenta recomendações para atenção às DSTs de maneira continuada envolvendo prevenção, diagnóstico e tratamento.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Participando de um Projeto de Iniciação científica sobre itinerário terapêutico e linha de cuidado de homens portadores de DST, o contexto em que ocorreu a

coleta de dados foi no Setor DST localizado em Niterói no campus “Valonguinho” da Universidade Federal Fluminense, setor responsável por diagnóstico e tratamento de DST. Entre os sujeitos que participaram da pesquisa, foram selecionados homens com diagnóstico de DST. Foram convidados a participar da entrevista, o contato aconteceu pessoalmente, com homens que vinham até o ambulatório para consulta, realização de exames, encaixes e uma exceção acompanhante que já havia se tratado anteriormente no Setor. A partir da aceitação inicial do sujeito, explicávamos o propósito da pesquisa e usamos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCE), pois estávamos também utilizando um roteiro de pesquisa vinculado ao nosso projeto de iniciação científica. As abordagens aconteceram na sala de espera antes dos atendimentos.

RESULTADOS OU IMPACTOS: Quando pesquisamos sobre linha de cuidado, Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem encontramos um pouco da presença do direito do homem a essa assistência contínua e integral: “Assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrareferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção. Permite a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais executadas pela rede de serviços de saúde, desde a Atenção Básica até os outros níveis de atenção, com maior resolutividade e humanização.” Para a DST não foi encontrado uma linha de cuidado específica. Em algumas referências bibliográficas em sites do Ministério da Saúde encontramos o “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” com recomendações para essa atenção continuada envolvendo prevenção, diagnóstico e tratamento. **ANALISANDO OS**

CASOS: Os pacientes não procuram a clínica de imediato, pois só após ir a um primeiro local de atendimento ou conversando informalmente com conhecidos ficam sabendo da existência de um local apropriado para a procura deles, em sua maioria procuram os serviços quando já está comprometendo a relação sexual, a vida cotidiana. Os pacientes chegam ao serviço de saúde, desconfiados de estarem com câncer e não de ter DST. Grande parte dos diagnósticos são de HPV por já terem ambulatórios direcionados a Hepatites virais e AIDS. A indicação do setor está presente nas falas de todos os homens entrevistados. Ao surgimento dos sintomas, a resolução por conta própria (uso de ervas, uso de produtos comerciais, etc.) configura as primeiras atitudes tomadas pelos entrevistados. Ainda não se tem uma linha de cuidado para DST, como se pode ter atenção a esse grupo de doenças? Com a falta de investimentos em serviços especializados, há um estresse cotidiano dos profissionais que lutam por uma melhor qualidade de atendimento e reconhecimento. A linha de cuidado inclui a prevenção, educação em saúde entre outros fatores, porém com essa falta de estrutura, reconhecimento e repasse de verbas infelizmente o trabalho do setor se reduz ao muito mal ao diagnóstico e tratamento, mesmo com o aumento DST ainda falta há invisibilidade deste grupo de doenças. A atenção básica falha, não acolhe esse usuário e logo manda para outro lugar acarretando problemas. Os encaminhamentos são um problema. Outro problema que percebemos a falta de preparo dos profissionais de saúde no diagnóstico de DST, um caso recente de um paciente que chegou ao Setor estava com hérnia, foi encaminhado mesmo sem ter sido examinado nem pretado atenção em seus sinais e sintomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atenção precária do SUS às DSTs justifica ainda a existência de grandes números de casos mesmo tendo maneiras de

controle e prevenção. Portanto, as doenças sexualmente transmissíveis deveriam ser mais notadas pelo ministério da saúde, pois se tornaram um grande problema de saúde pública.

ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO PET SAÚDE PUC-SP E TERRITÓRIO DA FÓ/BRASILÂNDIA (2012-2014)

Edna Maria Severino Peters Kahhale, Maria Cristina Vicentin, Mirian Conceição, Elisa Zanerato Rosa, Debora Saes, Bianca Leal, Marcos Amaral, Andreia Fischer

Palavras-chave: itinerários, protagonismo, cuidado

APRESENTAÇÃO: A formação dos profissionais de saúde implica acolher a complexidade que permeia o SUS, aproximando-se dos cotidianos de trabalho e da experiência concreta dos sujeitos. Os Ministérios da Saúde e da Educação têm implementado políticas de formação que privilegiam, dentre outros aspectos, a integração ensino-serviço, como o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a saúde (Pró-Saúde) e o Programa Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Neste trabalho nos propomos a discutir alguns encontros produtivos entre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e serviços da Supervisão Técnica de Saúde Fó/Brasilândia do município de São Paulo, no âmbito do Programa PRO PET SAÚDE III (saúde mental), mais especificamente aquelas derivadas do desenvolvimento na pesquisa- ação Aprimoramento do cuidado em saúde mental no território da Freguesia do Ó e Brasilândia: a presença da Atenção Básica (PET-Saúde 2012-2014) que buscou apoiar o aprimoramento do cuidado em saúde e da construção de redes, por meio da produção de mapas de itinerários de

cuidado/autocuidado dos usuários inseridos em ações de saúde mental. Trabalhar com os itinerários de cuidado e autocuidado implica considerar: os modos de vida das pessoas; as singularidades dos territórios e a articulação de redes comunitárias, de saúde e intersetoriais. Deste modo, os “mapas” podem funcionar como metodologia de produção e avaliação do cuidado. Ou dito de outra forma, como crivo de análise e de intervenção a um só tempo, ativando o protagonismo de usuários, trabalhadores/preceptores, alunos e outros atores envolvidos no processo. Nesta apresentação destacaremos: a experiência como dimensão central da formação, o que nos fez trabalhar com a ideia de itinerários de formação; a cogestão da pesquisa e da formação que supõe a ampliação do protagonismo dos atores. **COGESTÃO** Na perspectiva da participação que nos orientou no desenvolvimento da pesquisa-ação, o principal desafio era o de “transformar a prática em saúde sobre sujeitos em uma prática com os sujeitos”, com base nos princípios da indissociabilidade entre gestão e cuidado, da transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e do fomento do protagonismo das pessoas, preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Esse princípio também nos foi válido para a tríade pesquisa-formação-assistência. Deste modo, surgiram alguns desafios: a inserção da pesquisa nos espaços cotidianos dos serviços; a criação de dispositivos de cogestão do planejamento e da execução das atividades entre preceptores/trabalhadores, tutores/docentes e alunos/bolsistas; a análise permanente dos efeitos do percurso e a produção da formação e do conhecimento como itinerário vivo. Tal direção ética-política fez com que a pesquisa-ação se desse de forma cogestionária, exercitando diferentes planos de pactuação, realização e avaliação ocorridos no comitê gestor

(gestores dos serviços e supervisão técnica de saúde, controle social, universidade), na rede (matriciamento); nos serviços e junto às mini-equipes (reuniões). Do mesmo modo, a cogestão da pesquisa se deu no grupo tutorial, de forma que as reuniões sistemáticas entre preceptores, bolsistas e tutores e coordenação PET ampliavam a análise e os compromissos com as ações de assistência. Na direção da participação do usuário na pesquisa, não apenas a pactuação do ponto de vista ético foi bastante trabalhada, mas foi incentivado o seu engajamento na construção dos itinerários, de forma a refletir sobre o cuidado e o autocuidado em saúde com as equipes de saúde. A constituição de um grupo coeso e com processos coletivos de gestão permitiram rearranjos organizacionais no território em que algumas intervenções da pesquisa-ação extrapolaram os serviços de origem do preceptor, constituindo equipe de trabalho em compartilhamento entre diferentes serviços. **ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO** A aproximação dos discentes ao território privilegiou a experiência prática: junto com preceptores e demais trabalhadores dos serviços envolvidos, os discentes vivenciaram os diferentes cuidados em saúde produzidos pela Rede Freguesia do Ó/Brasilândia, assim como seus dispositivos de trabalho (reuniões de equipe, reuniões de matriciamento, fóruns, plenárias de saúde, dentre outros). A imersão nas experiências do cuidado em saúde mental e o acompanhamento dos itinerários de cuidado dos usuários inseriram os atores num processo de estudo e reflexão permanente tanto sobre a complexidade das condições de vida de pessoas com transtornos psíquicos e/ou abuso de álcool e outras drogas, quanto dos recursos do território e do processo de trabalho em saúde. A partir das inquietações e questionamentos vivenciados na prática,

traçamos diferentes estratégias para aproximação das produções teóricas capazes de referenciá-las, como leituras, conversas com gestores e trabalhadores, oficinas, seminários e entrevistas. As trocas e processamento sobre as atividades foram garantidos e acolhidos sistematicamente em encontros dos grupos tutoriais na Universidade. Tais reuniões abriram espaço para a compreensão em conjunto das políticas públicas, dos programas e estratégias desenvolvidos nos serviços, sendo assim, lugar de troca e formação. Também utilizamos como estratégia a realização de seminários e oficinas de metodologia do cuidado e do trabalho em saúde, envolvendo docentes, discentes, profissionais de saúde e gestores. Estes se organizaram em torno das questões que os temas, situações e casos acompanhados na pesquisa colocavam: mapas de itinerários, função apoio, cuidado em rede, entre outros. A noção de itinerário de formação se impôs a nós como uma metodologia de formação que privilegia a produção de um plano comum, o da experiência formativa, reunindo a diversidade dos atores na singularidade de seus percursos e no plano intensivo dos mesmos. A ideia de itinerários de formação (Jean Oury) ressalta que a formação implica numa transformação do sujeito que se engaja neste trabalho. Isso desloca o aprendizado somente relacionado a ideia de conteúdo ou de uma transmissão cognitiva. Neste encontro de saberes, não saberes e entre saberes, a construção dos mapas de itinerários de formação (de alunos, profissionais, docentes) suscitaram conexões entre as pessoas e produziram questões que orientaram os estudos, trabalhando a relação teoria-prática. O itinerário de formação permitiu experimentar a um só tempo as ideias de território, de singularidade, de produção de comum, dialogando com o itinerário de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Neste

percurso: a) a relação com o território orientou-se não apenas pelo desejo de um aprendizado técnico e específico de cada área, mas pelo contato com outros fluxos: administrativos, políticos, sociais, comunicativos e afetivos; b) o estreitamento das relações e de espaços de compartilhamento entre profissionais nos serviços e entre serviços, entre IES e serviços, potencializou e qualificou as possibilidades do trabalho compartilhado, bem como construiu gradativamente outras pistas para a formação em saúde. c) O estreitamento das relações e os modos cogestionário da pesquisa-ação, fomento à produção de conhecimento científico e composição nos espaços de formação acadêmica dos saberes produzidos na prática cotidiana dos cuidados em saúde.

MANOEL DE BARROS, PAULO FREIRE E ADOLF SANCHEZ VAZQUEZ: UMA REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Eluana Borges Leitão Figueiredo, Mônica Villela Gouvêa, Ana Lúcia Abrahão, Carla Gouvêa

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas de Saúde

Apresentação: A Universidade Federal Fluminense (UFF) no estado do Rio de Janeiro criou em 2011, um Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES): Formação Docente Interdisciplinar para o Sistema Único de Saúde (SUS) cuja missão é formar trabalhadores/preceptores com visão crítica e ampliada da sociedade, qualificando-os para a construção de práticas de ensino coletivas, interdisciplinares e criativas, comprometidas com a transformação da realidade e dos serviços. Uma das linhas de pesquisa do MPES apresenta a Educação

Permanente em Saúde (EPS) como proposta político-pedagógica baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais. Com vistas à iniciativas que visam à transformação do cotidiano do serviço, as autoras têm se aprofundado no estudo da EPS, acreditando neste conhecimento como componente decisivo para efetivação de mudanças nos espaços produtores de saúde, em que educar para o trabalho deve deixar de ser a transferência de recursos cognitivos para tornar-se a formação de intelectuais do setor da saúde (CECCIM, 2008). O estudo tem por objetivo promover o diálogo entre os pressupostos da EPS e referenciais teóricos no sentido de dar visibilidade à importância do investimento na qualidade da formação dos sujeitos-trabalhadores da saúde. Método do estudo: Trata-se de uma reflexão teórica desenvolvida durante as atividades do MPES e parte da dissertação: Educação Permanente em Saúde: inventando desformações, defendida no ano de 2014. Para o estudo, procurou-se promover uma articulação reflexiva entre os princípios da Educação Permanente em Saúde por meio da Política Nacional de EPS e a obra de Manoel de Barros (Livro sobre nada), Paulo Freire (Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa) e Adolfo Sánchez Vázquez (Filosofia da Práxis). Tal articulação foi desenvolvida a partir de uma questão que norteou a imersão na obra dos três autores de referência: como a EPS pode romper com um ensino transmissor e tornar-se uma estratégia de transformação da formação em saúde? Tomou-se como desafio selecionar trechos das obras e articular os achados em um quadro criado para análise e correlação dos conceitos. Resultados: A partir da construção do quadro, foi possível correlacionar inicialmente a importância das obras e a relação com os cenários de formação em saúde. Manoel de Barros, por

exemplo, revelou em sua obra o desejo de buscar a experiência do novo afastando-se dos imperativos técnicos e tradicionais das formas cristalizadas; Paulo Freire contrapôs-se à educação bancária, tecnicista e alienante, já Adolfo Sanchez Vazquez produziu uma interpretação humanista da filosofia de Marx articulada ao seu conceito de práxis. A partir da imersão nas obras dos três autores foi possível perceber a necessidade de uma formação que favoreça o transver de sujeitos e cenários, na direção da práxis transformadora e libertadora. A busca e a correlação entre as obras revelaram a EPS como estratégia político-educativa com contribuições individuais, sociais e institucionais que podem advir das diferentes formas de ver, perceber e exercer a formação em saúde, bem como, a educação continuada, transmissora e tradicional como uma formação que precisa ser ultrapassada por sua incapacidade de incorporar o novo, mantendo as mesmas expressões e linearidades descontextualizadas da vida real. Na obra de Freire foi possível observar a importância de uma formação com reflexão crítica sobre a prática, dada pelo autor como uma exigência da relação teoria/prática em que o educando deve assumir-se como sujeito que produz saber, contrapondo, assim, a lógica de transmissão de conhecimento. “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 1996, p.22). Tal formação é também considerada na Política de Educação Permanente, que considera a aprendizagem significativa e a reflexão coletiva como forma de romper com o ensino transmissor. Manoel de Barros, por sua vez, traz uma contribuição à formação profissional ao evocar o potencial libertário e transformador e ao estimular a capacidade de criar, de voar e de transver o mundo. Considerando que as poesias de Barros são marcadas pela inquietação e estranhamento da realidade, o poeta e sua obra ressaltam a

importância do rompimento com as formas endurecidas do pensamento e com as práticas lógicas do “ensinar” e do “fazer” para instaurar o novo. O pensamento do autor é completamente conectado ao que prevê a EPS, uma vez que se apresenta como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, tendo como ponto de partida o estranhamento da realidade. Neste sentido, Adolfo Sanchez Vasquez, dialoga com ambos os autores quando vê a práxis como uma verdadeira revolução, como um ato de atingir o problema pela raiz, de olhar a realidade com outros modos de ver, e como o poeta, de transver. Assim, com esse panorama teórico foi possível perceber a necessidade dos processos de formação socialmente comprometidos com as diversas realidades que lhes são apresentadas, e que transcendam dialeticamente do plano teórico ao prático, pautados não mais na técnica e no fazer, mas na reflexão e nos processos que produzam e gerem mudanças sociais. Fazendo analogia com os pressupostos da EPS, percebe-se que nela (EPS) existe possibilidade de incorporação do “novo” a partir da problematização do processo de trabalho. A política de EPS expressa a necessidade de ruptura com estruturas rígidas e hierarquizadas de ensino e de serviço e com suas formas retas e acostumadas do produzir saúde. Prevê também, por meio de um olhar renovado, a transformação das práticas, ou seja, o operar de uma práxis revolucionária. Assim, a efetivação da EPS como prática formativa do trabalho em saúde é um desafio na educação brasileira, uma vez que as práticas tradicionais, historicamente constituídas, promovem o distanciamento entre formação e trabalho. O resultado esperado pela EPS é justamente a democratização dos espaços de saber, do fazer, do ensinar e do aprender. Considerações Finais: A articulação teórica apresentou a proposta

da Educação Permanente em Saúde como uma oportunidade de transcender os métodos tradicionais de ensino para operar a construção de conhecimentos fundamentados na liberdade individual e coletiva de forma que possam incidir em transformações sociais em quaisquer cenários, sejam os da educação ou os da saúde. O diálogo entre a EPS e os teóricos evidenciou que a EPS potencializa dispositivos pedagógicos capazes de propiciar o retorno à criação e aos novos modos de ver, rever e transver a educação. Espera-se com a reflexão contribuir para os movimentos de mudança na formação dos trabalhadores de saúde, assim como, ressignificar com a contribuição dos autores, produções científicas, na direção da aprendizagem ancorada no cotidiano do processo de trabalho e nas necessidades dos usuários.

MATERIAL DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA LEPTOSPIROSE PARA UMA COMUNIDADE URBANA REASSENTADA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Graziella Chaves Trevilato, Marilise Oliveira Mesquita, Luiza de Holleben Saraiva, Michelle da Silva Schons, Márcia Monks Jantzen, Maria Isabel Ferreira Garcia, Michele Paula Pretto

Palavras-chave: educação em saúde, reassentamento urbano, leptospirose

APRESENTAÇÃO: A contaminação ambiental produzida por assentamentos irregulares e sem saneamento básico tem importante impacto na saúde dos moradores. Acúmulos de resíduos sólidos em torno das residências e das ruas atraem animais sinantrópicos, como os ratos, e com eles doenças para a população, como a leptospirose. A

leptospirose consiste em uma doença infecto-contagiosa aguda, que acomete animais e homens e é causada por uma bactéria do gênero *Leptospira*, que tem sido amplamente divulgada como causa de adoecimento em comunidades pobres, produzindo incapacidade temporária, internação hospitalar e maior incidência de morte em crianças e idosos. O rato é o portador universal da leptospirose, porém os animais domésticos, assim como o homem, são portadores acidentais, que adoecerão ao contrair a enfermidade. Os cães podem ser reservatórios e fontes da bactéria, sendo um potencial transmissor da doença para os humanos. A resistência da bactéria *Leptospira* em ambientes úmidos deve ser considerada como fator de risco. A remoção dos restos de água e de alimentos do ambiente, a canalização de cursos de água e a drenagem de esgotos, são procedimentos determinantes para o controle das vias de transmissão da leptospirose. Os moradores do reassentamento alvo deste estudo eram provenientes de área irregular sem saneamento básico. Teve-se por objetivo conhecer a percepção ambiental e os riscos à saúde dos moradores de um reassentamento urbano em Porto Alegre/RS, identificando problemas e construindo possíveis soluções, materializadas em um material de educação ambiental com as demandas específicas desta comunidade. **DESENVOLVIMENTO:** Foram realizadas 89 entrevistas domiciliares para aplicação de um questionário com perguntas estruturadas e semiestruturadas, sobre os hábitos e costumes da comunidade com relação ao ambiente, cuidados com os animais de estimação, presença de animais sinantrópicos e manejo dos resíduos sólidos domésticos. As visitas nos domicílios foram realizadas semanalmente e tiveram início em novembro de 2011, finalizando em dezembro de 2012. A participação dos moradores da comunidade através das entrevistas deu-se de forma voluntária e sigilosa através do uso do termo de

consentimento livre e esclarecido. O critério de inclusão para a entrevista foi o domicílio apresentar pelo menos um cão, o entrevistado ter acima de 16 anos. Também foram efetuadas 142 coletas de amostras de sangue nos cães dos domicílios para identificar a prevalência de Leptospirose canina na comunidade. As amostras foram enviadas para o Laboratório de Leptospirose do Instituto Desiderio Finamor (IPVDF-FEPAGRO Saúde Animal), localizado em Eldorado do Sul, região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, e testadas para sorologia anti-leptospira. A técnica utilizada pelo laboratório de Leptospirose do IPVDF é a Soroaglutinação Microscópica (SAM), sendo utilizados no diagnóstico 18 sorovares de leptospira: *L. australis* (Ballico), *L. autumnalis* (Akiyami A), *L. ballum* (Mus 127), *L. canicola* (Hondutrecht), *L. copenhageni* (M 20), *L. celledoni* (Celledoni), *L. cynopteri* (3522 C), *L. hardjo* (Hardjoprajitno), *L. icteroahemorrhagiae* (RGA), *L. javanica* (Veldratbataviae 46), *L. panama* (CZ 214), *L. pyrogenes* (Salinem), *L. pomona* (Pomona), *L. tarassovi* (Perepelitsin), *L. wolffi* (3705), *L. castelonis* (Castellon 3), *L. bataviae* (Van tinen) e *L. saxkoebing* (Mus 24). Esta técnica permite determinar de forma quantitativa o título dos anticorpos para cada uma das sorovarietades presentes da bactéria, considerando positivos os animais que apresentem títulos iguais ou superiores à 1:100, conforme proposto pela Organização Internacional para Saúde Animal (OIE), Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram avaliadas as frequências de animais soropositivos e as frequências das sorovarietades encontradas. A última etapa do trabalho foi elaborar um material de educação ambiental a partir dos dados coletados nas entrevistas domiciliares. As ilustrações deste material foram feitas com imagens de autoria de uma das alunas, e com fotos de moradores, devidamente autorizadas,

mediante termo de autorização de uso de imagem para fins didático-pedagógicos e acadêmicos. Para ilustrar de uma forma original e atrativa, parte das ilustrações foram fotos de pessoas e animais da própria comunidade, e o restante foram gravuras inéditas elaboradas por uma integrante do grupo de pesquisa. Para o material foram selecionados temas que implicavam na prevenção de doenças e promoção da saúde desta comunidade. A editoração gráfica e a impressão foram realizadas pela Gráfica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição envolvida sob o número 20648. A cada entrevista realizada era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, colhida a assinatura e deixada uma via do termo com o entrevistado. **RESULTADOS:** Das 142 amostras de sangue canino analisadas, 19,7% (26 cães) foram soropositivos para leptospirose. As sorovarietades mais frequentes foram *Icterohaemorrhagiae* (46%) e *Canicola* (27%). Apenas 29% das pessoas entrevistadas afirmaram saber que o cão pode transmitir leptospirose. Com relação à presença de animais sinantrópicos, 100% dos domicílios, no novo reassentamento, apresentavam pelo menos um tipo destes animais, e a maioria deles mais de um, como: ratos, carrapatos, pulgas e pombos. Quanto à segregação dos resíduos sólidos em recicláveis e não recicláveis, 60% dos entrevistados disseram que faziam a separação do lixo, e o motivo principal para a segregação, em 68% das respostas, foi à geração de renda. A linguagem do material educativo necessitou ser acessível a um público com baixa escolaridade, pois esta foi uma característica observada nas entrevistas. Das pessoas entrevistadas, 57% delas apresentavam apenas o ensino fundamental incompleto. De 89 entrevistados, uma pessoa apresentava o ensino superior incompleto e nenhum

entrevistado possuía graduação em ensino superior. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O material produzido foi uma sistematização dos dados coletados sobre a percepção ambiental dos moradores do reassentamento urbano, para auxiliar na promoção da saúde e prevenção de doenças, em especial a leptospirose, por se tratar de uma doença muito comum em locais sem saneamento e com forte presença de ratos. A comunidade foi reassentada em uma localidade diferente do local de origem, com saneamento básico, infraestrutura e equipamentos urbanos. Contudo, antigos costumes ainda permanecem, como a prática de acumular materiais recicláveis em torno da residência, o que torna o ambiente propício à atração de ratos, trazendo riscos à saúde dos vizinhos e da própria família. Estas questões ambientais observadas devem ser tratadas com prioridade, para que o viver neste novo local seja um espaço de promoção de saúde para toda a comunidade. Deve-se destacar a importância do trabalho de educação e conscientização ambiental como um concreto instrumento de prevenção de zoonoses, sendo essas ações parte da promoção e vigilância em saúde.

MATERIAL EDUCATIVO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: UMA ANÁLISE SEGUNDO OS PRESSUPOSTOS DE ANTONI ZABALA

Adriana de Almeida Teles, Silvia Regina Souza de Azevedo, Antonio Salles, Rogério Dias Renovato, Cassia Barbosa Reis

Palavras-chave: Práticas Educativas, Ensino/aprendizagem, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Estudos vêm apontando a escola como local para produzir reflexões, portanto, todo processo educativo, seja ele escolar ou não, para produzir os efeitos esperados deve ser um espaço

para o desenvolvimento de habilidades, enfatizando que os educadores devam ter clareza sobre o seu papel no processo de ensino/aprendizagem. Logo, a escola, ou qualquer outra instituição de ensino deve ser um espaço de desenvolvimento de habilidades não somente cognitivas, mas sim de formação de cidadãos com sua plena autonomia (ZABALA, 1998). Nesta perspectiva do autor, todo material produzido para fins educativos deve contemplar ou ter a finalidade da formação do ser na forma integral, como um todo. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar um material didático confeccionado pelo Ministério da Saúde, sobre Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas, sob a ótica do processo de ensino/aprendizagem, proposto por Antoni Zabala. METODOLOGIA: As diversas maneiras de se classificar os conteúdos são propostas por Cool (apud Zabala, 1998), como sendo, conceituais, procedimentais ou atitudinais, em que é perceptível, que tais classificações não são distribuídas de maneira uniforme nos períodos de aprendizagem. Uma vez que provavelmente nos cursos iniciais exista uma distribuição mais equilibrada desses conteúdos, priorizando os procedimentais e atitudinais e após os conteúdos conceituais é que prevalecem. Alvarez Méndez (2002) deixa claro que o conhecimento advém de uma construção histórica e social dinâmica que precisa de contexto para ser entendido e interpretado, portanto, o ensino não pode ser encarado como uma transmissão de conteúdos curriculares do docente para o discente, mas uma constante troca de conhecimentos. Paulo Freire (2011) reforça a ideia de que o educador deva ser democrático, crítico, forçando a capacidade de crítica do educando, a curiosidade, a insubmissão. Portanto, o educador deve possuir algumas características tais como ser criador, instigador, inquieto, curioso

e persistente contribuindo assim para a busca de sua autonomia no processo ensino/aprendizagem do educando. Zabala reforça essa ideia, quando diz que, de modo geral, os que ensinam procuram educar comunidades, produzindo práticas didáticas diferenciadas com a finalidade de disparar as diversificadas aprendizagens dos indivíduos, dando assim oportunidades de desenvolver de melhor maneira possível as suas capacidades diversas. Zabala (1998) preceitua que para que o processo ensino/aprendizagem ocorra com êxito se faz necessário a realização de alguns questionamentos, como, quem são os sujeitos a quem quero educar? Que sabem eles em relação ao que quero ensinar? Que experiências tiveram? O que são capazes de aprender? A aprendizagem factual para esse autor refere-se aos conteúdos de aprendizagem simples, como a memorização e a repetição verbal, uma vez que existem fatos que precisamos memorizar as datas, os nomes, a idade de uma pessoa, etc. A aprendizagem conceitual refere-se a conceitos e princípios cujos termos são abstratos e que permitem ao sujeito um aprendizado significativo, valorizando o conhecimento prévio de cada um. O estudo é classificado como revisão bibliográfica exploratória, tendo como base principal o autor Antoni Zabala e seus escritos. Segundo Lakatos e Marconi (2009), revisão bibliográfica é aquela que apresenta um trabalho resumido da literatura especializada sobre determinado tema, dando uma visão abrangente de achados relevantes. Resultados: O material didático avaliado é um folder do Ministério da Saúde, com o tema Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas. Foi realizado uma análise do conteúdo com o pressuposto teórico de Antoni Zabala aqui explanado, relacionando este material segundo a tipologia dos conteúdos propostos pelo mesmo, que são

os factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais. O título Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas está relacionado ao conceito de conteúdo atitudinal que diz respeito aos valores, atitudes e normas que o indivíduo se submete, pois é um fato que os idosos são mais suscetíveis a quedas que resultam em prejuízos pessoais, familiares e para o sistema de saúde. Na frase “cair não é normal” e “Atenção: as quedas podem ser um sinal de que alguma coisa não vai bem...” Trata-se de conteúdo conceitual, uma vez que ambos têm como denominador comum a necessidade de compreensão. “Cair não é normal” é um conceito construído ao longo da experiência humana e consolidado pelas pesquisas científicas. A expressão “as quedas podem ser um sinal de que alguma coisa não vai bem...” reforça o conceito expresso anteriormente e traz em si mesmo o conceito de normalidade na saúde. Os escritos: “O que você pode fazer para prevenir quedas: (...) pratique exercícios físicos regularmente; consulte um médico oftalmologista uma vez por ano (...)” A reflexão sobre a própria atividade permite que se tome consciência da atuação, ou seja, é imprescindível para conhecer as chaves do conteúdo para poder melhorar sua utilização. A frase: “o que se pode fazer” é um conteúdo procedimental que tem a intenção de conduzir à atitude de uma prática contínua. “Prevenção de quedas em casa: (...) ao acordar, levante-se devagar da cama(...)” “Prevenção de quedas na rua: (...) ao sair para as compras, use sacolas pequenas(...)” São conteúdos procedimentais embasados no conceito de que cair não é normal. O conteúdo factual refere-se ao conhecimento de fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos e singulares; a idade de uma pessoa, a conquista de um território, a localização, os nomes, os códigos, um fato determinado num determinado momento, etc. Há um fato implícito nessa orientação:

o idoso tem propensão para cair e a sua queda tende a trazer maior desgaste do que quando ocorre na juventude. Trata-se de um fato já comprovado pela experiência e pelas pesquisas. Considerações finais: Ao refletirmos sobre nossa real função social enquanto educadores, é perceptível o quanto ainda está arraigado em nossas práticas e pensamentos, o modelo tradicional de ensinar e ver o outro, como tendo apenas suas capacidades cognitivas a serem desenvolvidas e aprimoradas. Assim, acabamos por repetir conteúdos, limitando o processo ensino/aprendizagem a um único modelo e não respeitando esse indivíduo e principalmente, não valorizando-o em sua integralidade e diversidade. Não estamos propondo aqui que todo referencial teórico construído até o momento para o processo de ensino/aprendizagem seja ignorado, até porque, é todo esse acervo que nos dará condições para refletir sobre que se deve saber, o que se deve saber fazer e como se deve ser. São questionamentos que o autor Zabala nos sugere como indicadores dos conteúdos apreendidos e aprendidos. Portanto, faz-se necessário que nossa intervenção enquanto educadores, seja no sentido de formar cidadãos, com sua plena autonomia, dando-lhes condições para que se formem enquanto sujeitos dignos e plenos, empoderados de seus direitos. Pois somente a partir disso, estaremos assumindo nossa função social. Diante do exposto, acreditamos que através do material analisado (folder) o processo ensino/aprendizagem para os idosos ocorra de maneira natural, fazendo com este instrumento educativo na prática cotidiana proporcione uma reflexão de suas atitudes, bem como, dos riscos a que são expostos. E que a partir disso, consiga incorporar novos hábitos para uma melhor qualidade de vida.

MESTRADO PROFISSIONAL E ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA: SIMILARIDADES E DIFERENÇAS NA FORMAÇÃO

Gideon Borges dos Santos, Virginia Alonso Hortale, Katia Mendes de Souza, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Palavras-chave: Saúde Pública, Mestrado Profissional, Formação

APRESENTAÇÃO: O estudo parte do pressuposto de que ainda existem vestígios de incertezas sobre a identidade do Mestrado Acadêmico (MA) em relação a do Mestrado Profissional (MP) para consolidar políticas e práticas educacionais em nível de pós-graduação stricto sensu no campo da Saúde Pública. Ao buscar uma especificidade para o MP em Saúde Pública, interrogamos, o que ele, ao se instituir, procurou, do ponto de vista epistêmico, conservar ou romper com os modelos de formação dos MA. Que elementos próprios os cursos de MP tem para se distinguir do MA? Que características comuns à pós-graduação stricto sensu o MP busca conservar? E, partindo dos elementos próprios ao MP e comuns ao MA, em que medida pode-se afirmar que o MP está cumprindo a sua vocação heurística e inovadora de formar para o trabalho em saúde? A pesquisa teve como objetivo geral analisar, numa perspectiva comparada, as principais características dos cursos de Mestrado Acadêmico e Profissional em Saúde Pública no Brasil. Como objetivos específicos: 1) Identificar características comuns e próprias do MA e do MP em Saúde Pública; 2) Analisar os componentes curriculares dos cursos credenciados em ambas as modalidades; 3) Identificar elementos que permitam construir para o Mestrado Profissional brasileiro uma definição própria. A abordagem é qualitativa e no processo de coleta de dados fizeram-

se análise de registros escritos e entrevistas com os coordenadores dos programas e cursos. **METODOLOGIA:** Utilizaram-se os seguintes critérios para a seleção: cursos em funcionamento no período de 2002 a 2012; submetidos a pelo menos duas avaliações da CAPES; que não tenham sido descredenciados no período estudado. A fonte de dados utilizada foi: legislação (de 1965 a 2012 - total de 23 documentos); propostas dos cursos (27 propostas de MA e 11 de MP); produtos dos cursos (566 de MP e 758 de MA); entrevistas com coordenadores de cursos selecionados (10 entrevistas). Utilizou-se a análise de conteúdo para a análise dos dados da legislação, proposta e produtos dos cursos. Para as entrevistas, a análise de discurso foi utilizada. Utilizaram-se as seguintes categorias para a análise das propostas de curso: justificativa para o curso; critérios para o credenciamento de orientadores; relação academia e contexto profissional; estrutura curricular; trabalho final; sistema de avaliação externa. **RESULTADOS:** Observou-se que as propostas de curso são descritas de forma superficial, às vezes sem atender aos quesitos pertinentes do formulário online da Capes ou fazer referência explícita (TCC, corpo docente, dentre eles). No que diz respeito às parcerias e, em alguns casos, não está explícita a relação academia-contexto profissional. A estrutura curricular é descrita superficialmente, de forma pouco clara. Embora existam diferenças entre as regiões Nordeste, Sudeste e Sul no que diz respeito à algumas categorias de análise, identificou-se uniformidade na apresentação dos relatórios, o que poderia servir para atender somente aos critérios definidos pelos Comitês de Avaliação. Com relação aos tipos de produto, constatou-se que 70, 35% dos formatos dos TCC de MA foi de dissertação e que 88,52% de MP foi de dissertação. Embora não seja previsto, 11 TCC de MA apresentaram recomendações.

Já para o MP, em torno de 47% dos TCC não fizeram recomendações ou ela não é explícita. O berço da diferença entre o MA e o MP está, sem dúvida, na legislação que regula e organiza a pós-graduação brasileira. Isso, não somente porque é quem inicia a instituição desta nova modalidade de formação ao nível stricto sensu, mas o caráter formal das leis, foram a elas que as instituições recorreram quando decidiram oferecer cursos de MP numa época em que pouco se sabia a respeito da identidade desta modalidade e que ainda sofria grandes resistências por parte de alguns segmentos institucionais, sob o argumento de desqualificar a pós-graduação brasileira. Uma resposta conclusiva às questões “o que é o mestrado profissional?” e “como ele se distingue do acadêmico?” não seria possível sem recorrer às práticas de formação stricto sensu e sem buscar na história da pós-graduação as razões de sua finalidade para avaliar em que ela deixou de cumprir o seu papel ao ponto de provocar mudanças na sua estrutura, sem sequer ter a clareza necessária para isso. De fato, ao longo dos anos, percebe-se que as ideias sobre o MP amadureceram, ao menos no aspecto formal das leis, a fim de produzir certa estabilidade a essa modalidade. Contudo, viu-se também questões que embora de extrema importância para o MP, ainda carecem de amadurecimento, como é o caso da relação academia-serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A análise das propostas mostra que não há distinção absoluta entre as características das modalidades de mestrado, nem do ponto de vista da finalidade nem da organização curricular. Por estar consolidado e com regras definidas, o MA tende a ser mais homogêneo, ao passo que o MP apresenta características diversas. Contudo, é notória a promessa de predomínio de atuação do MA na formação de docentes e de pesquisadores, enquanto no MP predomina a formação para o serviço. Isso levaria o MP a se portar

mais como estratégia de reprodução de conhecimento, diferentemente do MA em que a produção de conhecimento é amplamente reconhecida. Quanto aos produtos finais, apesar de aparentar maior diversidade de produtos, a tendência é que produtos acadêmicos, como artigo e dissertação predominem, tanto no MA quanto no MP. Já o tema da avaliação é melhor estruturado no MA, ainda que em ambos, ela seja feita de maneira informal, como baixa produção e dados. Chama a atenção a falta de informações em ambos os cursos. Pretendeu-se com esta investigação ampliar a produção de conhecimento na área de avaliação educacional no campo da saúde pública. A análise comparada dos elementos formativos da pós-graduação stricto sensu em saúde pública, com outras experiências nacionais pode contribuir com propostas voltadas para as necessidades do sistema de saúde brasileiro e com a formação em nível stricto sensu para o SUS. Portanto, ao entender a necessidade de consolidar no Brasil a modalidade de formação Mestrado Profissional, a qual pressupõe a integração teoria-prática, esta projeto de investigação pretendeu buscar respostas para os desafios do processo de trabalho e aperfeiçoamento institucional no campo da saúde pública brasileira, especialmente,, a formação de quadro de gestores para o SUS, principal foco dos cursos de MP em Saúde Pública brasileiros. Espera-se que os resultados desse estudo ofereçam à Capes critérios específicos de avaliação para os cursos de MP e ofereçam às instituições de ensino critérios de avaliação interna dos cursos de MP. Espera-se também com os resultados deste estudo que se possa elaborar critérios de avaliação de impactos do MP no campo da saúde pública e auxiliar no aumento da produção de conhecimento sobre currículo e processos de formação em saúde.

METODOLOGIA ATIVA E SUA IMPORTÂNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Silvia Regina Souza de Azevedo, Ângelo Rodolfo Santiago, Fausi Padilha Gonçalves, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Metodologia ativa, Medicamentos Potencialmente Perigosos

Apresentação: Nos setores de Unidade de Terapias Intensivas (UTI) e Unidades Semi-Intensivas (USI), a abordagem dos erros de medicação e suas consequências para o paciente e equipe de enfermagem merecem destaque uma vez que a terapia medicamentosa é complexa e a administração de inúmeros Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) associados à gravidade e instabilidade clínica dos pacientes, justifica uma avaliação centralizada, pois nessas circunstâncias, as consequências podem ser ainda mais dolorosas (TORFFOTETTO; PADILHA, 2006). Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) são aqueles que segundo Cohen (2014) possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Sakata (2010) justifica o uso frequente destes medicamentos, pois grande parte dos pacientes internados no setor UTI experimenta sensação de dor, medo e ansiedade, portanto, a administração de analgésicos e sedativos é fundamental para dar conforto ao paciente, reduzindo assim, o estresse e evitando o retardamento na recuperação e no desmame ventilatório. No Brasil, a administração de medicamentos é uma atividade cotidiana, de responsabilidade

legal da equipe de enfermagem, em todas as instituições de saúde (SILVA et al., 2007). O Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7489, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311/2007 (direitos, deveres, responsabilidades e proibições). É proibido segundo o Art. 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga ou sem certificar-se da possibilidade dos riscos. Portanto neste contexto, é exigido que todos os profissionais envolvidos nesta assistência sejam qualificados para tal valorizando suas experiências e vivências profissionais e conforme preceitua Murback (2008) a educação continuada não é apenas transmissão de conhecimentos científicos, mas, também uma transmissão de atitudes em relação à utilização desses conhecimentos, portanto para entender na essência educação continuada apenas como uma transmissão de saberes e é uma visão simplista, educar exige também rever conceitos, mudar atitudes e ser capaz de agir como agente transformador. Neste cenário surgem as metodologias ativas envoltas em uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem críticos-reflexivos, no qual o educando participa e compromete-se com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e à aplicação dessas soluções (LUCKESI, 2007). O objetivo do estudo é realizar um ensaio teórico e reflexivo sobre a metodologia ativa em saúde e suas contribuições para assistência de enfermagem frente à administração de MPPs por profissionais

de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolvimento do Trabalho: Para este estudo utilizaremos a abordagem metodológica de ensaio teórico e reflexivo, consistente em uma exposição lógico-reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação pessoal, para expor ideias científicas ou filosóficas (SEVERINO, 2000). Resultados: De acordo com Luz (2000) nas instituições hospitalares, a enfermagem desempenha importante papel na preparação da infraestrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente, no Brasil, a equipe de enfermagem representa o percentual mais significativo de pessoal, chegando a atingir em alguns casos cerca de 60% nas instituições hospitalares. Convém ressaltar que a proposta pedagógica a ser utilizada na continuidade da formação em saúde necessitará considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Nesta conjuntura, o ser humano na concepção de Bagnato é um sujeito que se constitui nas relações consigo mesmo, nas relações com outros sujeitos, com os meios de comunicação, com religião, famílias, com acesso a novos conhecimentos e lugares que vai ocupando. Para essa pensadora do campo da Educação em Saúde, o conhecimento do outro é construído e desconstruído no diálogo, na diversidade de vozes, através das palavras, dos gestos e das ações (BAGNATO; RENOVATO, 2006). Para Amorin (2001) a linguagem assume um papel de destaque em um diálogo, pois é nela que acontecem as trocas e os acolhimentos. Assim, o educador em saúde atuará como mediador cultural no sentido

de decodificar a linguagem técnica utilizada e estabelecer as interlocuções do grupo com outros saberes. É esperado propiciar condições para que os indivíduos adquiram uma linguagem que busque a reflexão de suas experiências, para transformá-las em projetos mais amplos de responsabilidade social (BAGNATO; RENOVATO, 2006). É primordial destacar que o mundo global não comporta mais profissionais limitados apenas a sua função, mas necessita que estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões frente a qualquer problema/situação, os profissionais de enfermagem necessitam ser competentes em uma prática mais abrangente, sem se abstrair dos conhecimentos primordiais para o desempenho de sua função (FERREIRA, 2003). Portanto, entende-se que desta forma para que tal objetivo seja alcançado deve-se utilizar as metodologias ativas, uma vez que é através da problematização como estratégia de ensino-aprendizagem - cuja finalidade é motivar o profissional – que ele diante do problema, se detém, examina, reflete e inicia o processo de produção do seu próprio conhecimento e assim seu autodesenvolvimento contribuindo para sua própria formação (MITRE, 2008). Considerações finais: A partir do estudo realizado entende-se que a metodologia ativa para a qualificação desses profissionais seja de grande valia para a assistência de enfermagem frente ao tema proposto. Uma vez que desenvolve nestes profissionais a capacidade do pensar, refletir e da habilidade resolutiva no que se refere à resolução de problemas, desenvolvendo ações de saúde e, principalmente, comprometidos com a construção do seu próprio conhecimento, valorizando o ser humano e a vida. Porém, acredito que a metodologia ativa frente à assistência de enfermagem na administração de MPPs ainda é um desafio à sua

implantação, pois a enfermagem ainda está atrelada ao processo do fazer dissociada do raciocínio clínico e reflexivo. É primordial destacar que somente através de uma prática reflexiva, crítica e principalmente comprometida com o processo de cuidar pode-se promover a autonomia, o diálogo, a troca de experiências e vivências profissionais.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO: APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ NO HEMOCE EM FORTALEZA

Gabriela Silva Santos, Luiz Torres Raposo Neto, Tatyane Oliveira Rebouças, Eliziê Pereira Pinheiro, Paulo Ayslen Nascimento Macêdo, Alexandre Bayma Rebouças

Palavras-chave: Ensino, saúde, Formação,

INTRODUÇÃO: A preocupação com a formação e a busca por novas formas de ensinar na área da saúde existem desde a metade do século XX, quando as instituições de ensino superior são convidadas a analisar seus métodos, técnicas nos processos ensino-aprendizagem, rompendo com paradigmas nos modelos de ensino tradicional, melhorando a práxis pedagógica passando por transformações através de metodologias ativas. O trabalho foi realizado na disciplina de metodologias ativas no curso de mestrado ensino na saúde da Universidade Estadual Do Ceará (UECE), onde foi desenvolvida a experiência utilizando as metodologias ativas, através da problematização, aplicando a técnica do Arco de Magueréz, no centro de hematologia e hemoterapia do ceará (HEMOCE). O Arco de Magueréz tem como ponto de partida e de chegada a realidade social através de um processo reflexivo sobre determinado aspecto extraído, observado ou vivido. **OBJETIVOS:** Desenvolver uma atividade com a metodologia da problematização,

aplicando a técnica do Arco de Magueréz, avaliar a metodologia da problematização como um processo crítico-reflexivo e discutir as dificuldades encontradas pelos profissionais do Hemoce e sua aplicação à realidade. **MÉTODOS:** O Arco de Magueréz foi aplicado no Hemoce, durante um dia, onde se deu por um processo de cinco etapas, que se desenvolvem a partir da: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. O grupo de aplicadores é composto por cinco mestrandos e duas pós-graduandas em enfermagem do trabalho que foram dirigidos a uma sala de aula reservada antecipadamente com pedido de permissão prévia para aplicação do trabalho. Todos os profissionais do Hemoce foram convidados, porém, apenas seis pessoas compareceram a sala para a aplicação do Arco. Entre eles, uma assistente social, uma pedagoga e quatro profissionais de enfermagem, sendo duas enfermeiras e duas acadêmicas de enfermagem do 9^o semestre. Foi feita uma explicação sobre os objetivos da visita e a proposta de estudo, enfatizando na explicação das metodologias ativas e na problematização do trabalho, até mesmo para sanar dúvidas que poderiam surgir durante a construção do Arco de Magueréz. Para um melhor desenvolvimento da atividade foi solicitado ao grupo que escolhesse um relator e um coordenador, já preparando o grupo para sua autonomia. **RESULTADOS:** No desenvolvimento do processo, é necessário garantir algumas características, como as descritas a seguir, e conseqüentemente, conquistar resultados desejados na direção da autonomia dos profissionais. Os atributos são que eles que problematizam a parcela da realidade associado ao foco do estudo, assim, selecionam um problema e buscam a solução para ele. A relação teoria e prática são constante, em uma dinâmica de ação - reflexão - ação, tendo características

transformadoras. A aplicabilidade das cinco etapas do Arco de Magueréz está descritas a seguir. Na primeira etapa é a observação da realidade social, real, pelos profissionais, a partir de um tema ou unidade de estudo, o grupo de profissionais faz uma análise e rapidamente identifica o problema. A segunda etapa é a identificação dos pontos-chaves e suas variáveis que podem contribuir para compreensão e solução do problema. A terceira etapa é o momento do estudo em que as informações precisam ser analisadas, fundamentadas, embasadas, discutidas, buscando explicações acerca da realidade observada e a compreensão dos pontos-chaves através de uma investigação em várias fontes como livros, periódicos especializados dentre outros. Na quarta etapa o grupo buscou as fontes de informações que deram subsídios às propostas de suas hipóteses, perceberam a ligação das hipóteses com os pontos-chaves e verificaram se suas hipóteses de solução são aplicáveis a realidade. A quinta etapa é aplicação à realidade, o grupo de profissionais identificou com possibilidades para aplicar à realidade e tentativas de mudanças para solucionar o problema. O grupo de mestrandos e pós-graduandos que aplicou a atividade pediu que o grupo participante relatasse como foi à experiência de participar da atividade. Eles citaram que realizar esse trabalho foi muito significativo, pois conseguiram obter alguns conhecimentos e saberes construídos em equipe que até então não era percebido entre o grupo, as idéias compartilhadas reforçaram a importância do trabalho em equipe e a valorização individual, como propostas de mudança em sua realidade. Destacaram também como positivo o conhecimento das metodologias ativas para o processo de ensino-aprendizagem, já que dos seis participantes, apenas dois conheciam a problematização. Reconheceram o Arco de Magueréz como método de ensino para uma

aprendizagem formativa e crítica. Quando pedido que fossem relatados os obstáculos os componentes disseram que sentiram dificuldades pela falta de conhecimento sobre a metodologia e que algumas etapas se mostraram semelhantes no momento, como hipóteses de solução e aplicação à realidade. Foi percebido pelo grupo de aplicadores da atividade que alguns fatores limitaram o desenvolvimento amplo da metodologia, pois apenas seis funcionários participaram da atividade e um encontro para aplicação do arco na realidade do hemocentro na análise do grupo foi considerado insuficiente. A sugestão encontrada pelos dois grupos foi de dividir as etapas do arco em dois momentos, um primeiro momento para as fases de identificação e pontos-chaves (etapa um e dois), e o outro momento para teorização, construção de hipóteses e aplicabilidade (etapa três, quatro e cinco), tentando conseguir também uma participação maior dos funcionários, a partir de uma maior divulgação e explicação do Arco de Magueréz. **CONCLUSÃO:** Para causar um efeito e direcionamento adequado utilizando as metodologias ativas, é necessário que os participantes assimilem, compreendam e acima de tudo acreditem no seu potencial pedagógico e incluam como motivação, energia, disponibilidade intelectual e valorizem a forma de trabalho, pois várias são as condições que podem aparecer no cotidiano e impedir seu objetivo. É possível afirmar que os participantes da metodologia da problematização, ao desenvolver as cinco etapas do Arco de Magueréz, envolveram-se numa ação pedagógica de transformação. Possibilitando um olhar cada vez mais crítico para atuar na realidade social, auxiliando no processo de renovação e superação de sua acomodação, levando ao exercício da práxis e desenvolvendo novas ações numa prática pedagógica libertadora. Assim ressaltamos a contribuição que a aplicação da metodologia

da problematização, através do Arco de Maguerez, trouxe aos mestrandos e pós-graduandos, um enriquecimento ao nosso conhecimento, como profissionais da saúde e docentes.

METODOLOGIAS ATIVAS: REFLEXÕES SOBRE O ENSINO APRENDIZAGEM NA ENFERMAGEM

Eliza Hidalgo, Marcia Regina Alvarenga

Palavras-chave: Ensino-Aprendizagem, Metodologia Ativa, Enfermagem

Introdução: O ensino-aprendizagem pautado na teoria das metodologias ativas tem como suporte o princípio teórico da autonomia. Objetivo: apresentar um estudo bibliográfico sobre o ensino-aprendizagem na área de enfermagem sob a ótica das metodologias ativas. Metodologia: estudo de revisão integrativa de literatura. Resultados: os resultados mostram que as metodologias ativas de ensino têm como fundamento processos de ensino-aprendizagem que estimulam os alunos de enfermagem a uma reflexão crítica entre teoria e prática, onde o aluno a partir de formulações de questões problemas passa a desenvolver as possíveis soluções. Conclusão: As metodologias ativas são as melhores opções de ensino/aprendizagem no curso de enfermagem, pois as mesmas promovem condições para que o aluno seja sujeito capaz de aprender a aprender, isto é, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, consequentemente garantindo que o cuidado de enfermagem seja de qualidade, eficiente e resolutivo. Palavras chave: Ensino-Aprendizagem. Metodologia Ativa. Enfermagem.

MICROPOLÍTICA E DOCÊNCIA PROTAGONISTA NOS CURSOS DE SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO TRANSDISCIPLINAR

Cristina Miyuki Hashizume

Palavras-chave: trabalho, formação em saúde, docência

O presente trabalho tem por objetivo problematizar junto com professores da saúde a formação nos cursos de saúde da Universidade Estadual da Paraíba. METODOLOGIA: a intervenção consistiu em encontros em que se convidavam professores interessados no tema. Os temas discutidos no encontro foram às condições de trabalho docente, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde e metodologias ativas que poderiam ser recontextualizadas à luz da realidade por nós vivida na instituição e nos territórios. Também houve encontros com professores do curso de Psicologia, envolvidos com disciplinas e projetos de Saúde Coletiva que se dispusera a conversar sobre o tema. RESULTADOS E ANÁLISES: a amplitude do projeto ficou restrita ao curso de Psicologia, especificamente a professores que tinham alguma motivação em relação ao tema. As políticas de intensificação do trabalho na universidade inviabilizaram a participação de alguns professores. Percebemos que os atravessamentos políticos e éticos do curso impediam a priorização do debate sobre ensino. Apesar de poucos encontros, as interações com os professores do curso nos mostraram a necessidade de se discutir ensino frente às adversidades das condições de trabalho. As metodologias ativas propostas no presente curso foram importantes para pensarmos uma docência mais centrada no aluno e na população atendida. Concluímos que os debates sobre o ensino de saúde estão atravessados por

questões ético-políticas que desvirtuam a discussão técnica com disputas que pouco contribuíam para resolver dilemas da formação em Psicologia. Reconhecer tais atravessamentos e problematizá-los é uma forma de avançarmos nessa discussão.

MOTIVOS RELACIONADOS AO ATRASO VACINAL EM CRIANÇAS COM IDADE MENOR OU IGUAL A UM ANO

Francisco Ariclene Oliveira, Francimirley Aprígio Pena, Emessandra Clementino da Silva, Aviner Muniz de Queiroz, Maria Ivanilza da Silva, Cristiana Ferreira da Silva, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Criança, Vacina, Calendário vacinal

APRESENTAÇÃO: Uma maneira muito eficaz de se prevenir contra diversas doenças é a vacina. Quando ocorre na primeira infância, há uma relevante ação de prevenção de doenças infectocontagiosas, doenças estas que podem levar ao óbito e a graves sequelas em crianças no Brasil e no mundo (PUGLIESI, TURA, ANDREAZZI, 2010). Trata-se de um procedimento altamente viável e com excelente custo-benefício, visto que o custo com a vacinação de doenças imunopreveníveis é muito menor que o valor dispensado a indivíduos acometidos por tais enfermidades (FEITOZA, PEREIRA, LANNES, 2010). A taxa de mortalidade entre menores de um ano de idade no Brasil apresenta queda contínua, com uma redução de 59,7% no período de 1990 a 2007. Esse declínio é resultado do aumento da cobertura vacinal, da terapia de reidratação oral e da ampliação dos serviços de saúde como, por exemplo, o pré-natal. Porém, mesmo o Brasil sendo um dos países mais completos quando se trata de imunização, algumas doenças estão apresentando-se como reemergentes. Apesar da eficácia

comprovada das vacinas na prevenção de doenças, o cotidiano de trabalho de uma das autoras do estudo em sala de imunização lhe fez perceber quão inúmeros são os casos de crianças com vacinas atrasadas. Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: quais os motivos relacionados ao atraso vacinal em crianças com idade menor ou igual a um ano? OBJETIVOS: Nesse contexto, esse estudo objetiva identificar quais os motivos relacionados ao atraso vacinal em crianças com idade menor ou igual a um ano. Conhecer os motivos que levam ao atraso vacinal pode contribuir no planejamento de estratégias que minimizem tal situação com vistas a atingir e manter as coberturas vacinais em níveis altos e homogêneos com consequente redução de doenças e melhoria na saúde das crianças. METODOLOGIA: Foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 115 pais ou responsáveis por crianças com idade igual ou menor a 1 ano com vacinas em atraso atualmente ou em períodos anteriores, em consonância ao calendário ministerial. Os dados foram coletados com os pais/responsáveis dessas crianças que compareceram à sala de vacina de duas unidades básicas de saúde da família no período da coleta de dados. A amostragem se deu por conveniência. Foram excluídos os pais ou responsáveis que, mesmo referindo atraso vacinal, não levaram cartão de vacina. Foi realizada observação não participante com registro em diário de campo. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2015 em duas unidades básicas de saúde da família, localizadas na área urbana do município de Maracanaú/CE. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas relacionadas às características sociodemográficas, vacinas em atrasos e seus respectivos motivos. Após a coleta, os dados foram

tabulados com o auxílio do programa Excel, com análise estatística univariada, apresentados em tabelas e analisados à luz da literatura sobre o assunto. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana de Fortaleza, com o número do parecer 922.270, os pais/responsáveis pelas crianças foram convidados a participar do estudo mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esclarecemos os objetivos, riscos e benefícios do estudo. Ressaltamos o anonimato dos participantes, a fidedignidade das informações e demais preceitos éticos conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS: A maioria das crianças (66,9%) tinham idade entre 7 e 12 meses; e 58 (50,4%) eram do sexo masculino. De 38 (33%) crianças que tinham idade entre 1 e 6 meses, apenas 19 (16,5%) estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e a média de idade em que as demais interromperam foi de 3 meses. A maioria dos responsáveis pelas crianças eram adultos jovens, com idade entre 25 e 35 anos (52,1%); 58 (52,1%) eram casados; e 93 (80,8%) eram de cor/raça não branca. Observou-se uma baixa escolaridade, pois cerca de 31 (26,8%) tinham o ensino fundamental e médio incompletos. Sobre a ocupação, 59 (51,3%) participantes informaram que não tinham emprego formal e 76 (66%) tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimo com média de R\$1.182,00. Observou-se que as vacinas BCG e Hepatite B foram as que mais tiveram atrasos, uma com 66% e a outra com 65,2%, devido a maioria das crianças não terem recebido as vacinas ao nascer. A Pentavalente e a Pneumocócica mostraram um maior número de atrasos na primeira dose (48,6% e 33% respectivamente), com consequente atraso nas demais. A Meningocócica e Tríplice Viral, foram as vacinas que tiveram o menor percentual de atrasos, uma com 23 (20%) e a outra com 11

(9,5%) crianças em atraso. Entre as crianças com atraso vacinal, o motivo mais relatado foi a falta da vacina tanto nas maternidades, quanto nas unidades básicas de saúde, sendo que 143 atrasos foram referentes à BCG e Hepatite B e 59 referente às demais vacinas. A falta de conhecimento dos responsáveis pelas crianças e/ou orientação dos profissionais de saúde sobre as vacinas, acarretou o segundo maior motivo dos atrasos, seguindo de falta de tempo (82 motivos), esquecimento (62) e rotina da UBASF (14). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O atraso vacinal das crianças menores de um ano deve ser acompanhado com bastante atenção, fazendo com que essas crianças recebam todas as doses, incluindo os reforços, para que assim estejam realmente imunizadas. Os dados obtidos no estudo demonstraram que é baixa a proporção das crianças com vacinas em dia, ao se considerarem as metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Esses atrasos não devem ser somente relacionados aos responsáveis pelas crianças, nem tampouco apenas às equipes da saúde, deve ser uma responsabilidade de todos. Porém, para obtermos maior êxito na cobertura vacinal, cabe aos profissionais de saúde participarem mais ativamente na busca ativa de crianças em falta com a vacinação, através da revisão sistemática dos cartões, de uma maior efetividade nas visitas domiciliares e nas orientações necessárias para cada vacina. Os resultados encontrados nesta pesquisa visam contribuir no planejamento de intervenções a fim de modificar a cobertura vacinal das crianças. Sugerimos também que mais estudos sejam desenvolvidos sobre esta mesma temática, em diversos cenários e com outras faixas etárias.

NOVAS PRÁTICAS NO ESTÁGIO EM SAÚDE DA COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UFMS

Joaquim Dias da Mota Longo, Ana Rita Barbieri, Luiza Helena de Oliveira Cazola, Rafael Garanhani

Palavras-chave: Educação, Medicina, Integração

APRESENTAÇÃO: Há cinco anos, após a mudança do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, aprovado pela Resolução COEG nº 122, de julho de 2010 e alterado pela Resolução COEG nº 178, de 1 de dezembro de 2010 em decorrência de proposições do Ministério da Educação e da Saúde para aproximar o ensino médico aos cenários da prática da atenção básica à saúde, o Estágio em Saúde da Comunidade I, do quinto ano do curso de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul foi contemplado com um aumento significativo na carga horária. Com isso os alunos passaram a permanecer 360 horas em atividades práticas, com aportes teóricos, distribuídas em nove semanas, tendo como princípio a Estratégia da Saúde da Família. Isso exigiu reestruturação da disciplina e novas formas de inserção nos campos de prática. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência docente na reinserção acadêmica no serviço e comunidade. EXPERIÊNCIA: A reorganização do estágio foi iniciada em 2012 com um planejamento que envolveu: (1) a negociação junto à Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU); e (2) conteúdos e metodologias inovadoras. No planejamento da disciplina ficou definido que os acadêmicos precisariam desenvolver atividades em conjunto com os profissionais sendo corresponsáveis pela saúde da população. A partir do planejamento, com apoio teórico, os alunos são orientados a ter um olhar ampliado sobre a saúde da

coletividade, contribuindo para a melhoria de um indicador de saúde e, sob o ponto de vista do indivíduo, precisam fazer a assistência integral, em forma de estudo de caso prático, a um indivíduo doente. Os conteúdos selecionados são voltados à atenção primária e sua organização, modelo assistencial e clínica ampliada com enfoque integral baseada em evidências. São abordados: Política Nacional da Atenção Primária, Redes de Atenção à Saúde, Ferramentas de Abordagem Familiar, Indicadores de Saúde, protocolos e manuais do Ministério da Saúde voltados à atenção primária, com sua aplicação. Alguns assuntos recebem maior ênfase devido à sua abordagem restrita na formação como: saúde do idoso, saúde mental, violência e vulnerabilidade, sempre com ênfase na atenção primária. Também, as aulas teóricas são ministradas como aulas expositivas dialogadas com exercícios e atividades em sala de aula, seminários com a visualização dos serviços existentes e sua abrangência no município e busca de referencial teórico. Nas atividades práticas, os acadêmicos realizam o atendimento médico por meio de consultas integrais, com participação de outros profissionais, incluindo os presentes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas regiões por ele cobertas. Além das atividades clínicas, devem conhecer a realidade e espaço geográfico local, realizar ou acompanhar atividades desenvolvidas na UESF na sala de vacinas, pré-consulta, curativos, inalação, odontologia, farmácia, além de realizar atividades educativas, contribuir na educação permanente e realizar visitas domiciliares com todos os profissionais que as realizam. Em parceria com a SESAU foram identificadas Unidades de Estratégia da Saúde da Família (UESF) e médicos que aceitassem o papel de preceptores dos acadêmicos, sem nenhuma forma de incentivo financeiro. O início foi bastante difícil. Eram necessários ao menos

6 preceptores para que os alunos pudessem ser distribuídos em duplas. RESULTADOS: Do início do processo até setembro de 2015, passaram pela disciplina 240 alunos distribuídos em 24 grupos, os quais experimentaram essa nova metodologia que permitiu que os mesmos incorporassem novas atitudes a partir de uma vivência participativa em atenção primária. No que diz respeito aos indicadores de saúde, até o momento os acadêmicos deixaram como contribuição, 120 projetos de intervenção, colaborando para modificar a situação epidemiológica local com atuação em diversos campos como: coleta de colpocitologia oncótica; avaliação integral dos hipertensos e diabéticos com inspeção e exame de pés diabéticos e exames laboratoriais em conformidade com protocolos; investigação de doença renal em diabéticos; avaliação integral de idosos, desenvolvimento do Escore de Framingham em diversas UESF; educação e formação de equipe para urgências pré-hospitalares; educação em saúde para diferentes grupos; dentre outros. Foram conduzidos aproximadamente 96 estudos de caso, com a realização de diagnósticos e intervenções importantes em pacientes com câncer, síndromes, hanseníase na sua forma multibacilar em estágios avançados, sífilis gestacional de difícil tratamento, acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos com pouca capacidade de aderir ao tratamento, hepatites B e C, tuberculose dentre outros, enfatizando que independentemente da gravidade do caso, todos os pacientes precisam ser cuidados no seu domicílio. Em todos os acompanhamentos, foi priorizado o tratamento, a redução do dano com a melhoria da qualidade de vida. IMPACTO NA FORMAÇÃO: Essa melhoria de qualidade no processo de ensino é registrada anualmente no Relatório de Avaliação dos Estágios Obrigatórios, publicado pela Famed/UFMS. Dados do Relatório de 2015 afirmam que, em geral 90% dos alunos avaliam o Estágio Obrigatório em Saúde

da Comunidade I como Bom/Muito Bom, índice acima do resultado geral, que é de 61,02%. Atribuem tal nota ao empenho dos docentes e dos preceptores. Os alunos afirmam que houve contato maior com a população e a possibilidade de ver mais de perto a realidade das pessoas que são atendidas na saúde pública com visitas domiciliares que ampliam a capacidade de enxergar a realidade aprimorando a formação e entendimento de como lidar com o paciente. Também os alunos apontam a importância dos preceptores da rede de atenção, sendo que 90,91% afirmam que os mesmos promovem um atendimento humanizado, com construção de vínculo singularizado, longitudinalidade do cuidado direcionado ao benefício do paciente e família e orientado à integralidade do cuidado à saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estágio ainda apresenta limites, muito deles voltados à dificuldade de manter os preceptores que têm alta rotatividade na SESAU devido a contratos temporários. Também, a UFMS não efetua pagamento aos preceptores diferentes de outras instituições que pagam bolsas e outros incentivos. No entanto, constatamos que é possível desenvolver o aprendizado no qual o aluno sente, pratica, reflete e reformula a sua prática em uma espiral ascendente com ganhos de competências a partir das atitudes e habilidades desenvolvidas. É possível constatar aprendizado quanto à longitudinalidade do cuidado, compreensão da determinação social, econômica e da escolaridade sobre o adoecimento e sobre o tratamento das doenças e condições crônicas, compreensão da articulação do cuidado em redes assistenciais, capacidade resolutiva da atenção primária quando bem feita e o êxito do trabalho em equipe. Constata-se que, a nova organização do Estágio em Saúde da Comunidade I promoveu a articulação real entre o ensino e a prática em uma parceria na qual todos ganham: alunos, serviço e comunidade.

O COMBATE E ERRADICAÇÃO DAS DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE POR MEIO DA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN

Angela Ernestina Cardoso de Brito, Eunilson Dias Santos, Nadir Cardoso de Brito, Janice Pimenta Borém

Palavras-chave: desigualdades raciais, saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Este trabalho visa refletir sobre os impasses e desafios enfrentados no processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN. A política se caracteriza como resposta do poder público através do Ministério da Saúde no combate às desigualdades vivenciadas pela população negra. Metodologicamente foi realizada pesquisa bibliográfica com base em fontes primárias e secundárias. Na perspectiva da população negra, o conceito de saúde, não está restrito apenas ao aspecto biológico, traz consigo elementos construídos historicamente e culturalmente, tais como qualidade de vida e bem-estar. Requer neste sentido ações que visem acabar com as desigualdades no acesso à saúde, as quais a população negra está submetida. Enfatizamos que estas desigualdades são consequências do racismo institucional ou estrutural a que a sociedade está inserida. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: importância e desafios de implementação. As desigualdades sociais vivenciadas pela população negra são expressas materialmente e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que esses têm acesso. Tais constatações corroboram a ideia de desigualdade social, presente nas produções teóricas e intervenções políticas neste campo, catalisam e sistematizam as

reivindicações da população negra na área da saúde, de forma a exemplificar essa especificidade tanto em âmbito nacional quanto internacional. O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos obriga a várias reflexões, umas afeitas ao campo das relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo, outras relativas à superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde, conforme preconizado no texto constitucional enquanto dever de Estado. Uma política de saúde voltada para a população negra se assenta, contudo, em bases constitucionais, uma vez que pela Lei 8.080/90 o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática têm a epidemiologia por baliza (BARBOSA, 2004, p.37). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN pode-se dizer que se caracteriza como uma resposta do poder público através do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde vivenciadas pelo segmento populacional negro. Significa o reconhecimento de que as suas condições de vida são consequências de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na trajetória do País. A PNSIPN, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), delimita os princípios, a marca, as estratégias e as responsabilidades de gestão, direcionadas para a melhoria das condições de saúde do segmento da população negra. Abarca ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, assim como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando a promoção da equidade em saúde da população negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde - SUS, a PNSIPN se insere na dinâmica do SUS, através de estratégias de gestão solidária e participativa, ressaltando

a viabilização do quesito cor, na produção de informações epidemiológicas para a determinação de prioridades e tomada de decisão; propagação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, ênfase no combate e prevenção do racismo institucional em ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010). Na análise de Costa: O grande mérito desta Política é a abrangência que se manifestava no conceito ampliado de saúde, mas ao mesmo tempo o grande desafio, reconhecendo as fragilidades institucionais que se manifestavam na fragmentação ainda existentes. Portanto, esta Política tem este potencial de mexer nas instituições, no plano individual e coletivo para lidar com os determinantes e condicionantes sociais da saúde (COSTA, 2010, p.1). Na PNSIPN os municípios podem priorizar os eixos e diretrizes da forma como acharem melhor ou valorizando as diferenças ou particularidades locais. Os municípios, no seu planejamento, podem contemplar uma meta de redução da mortalidade materna e infantil de forma a reconhecer essas diferenças em relação às mulheres negras; assim como a ações de combate à violência expressas contra homem negro. Por outro lado, o município pode acrescentar outros fatores como avaliações e determinação e levantamento de indicadores. A estratégia de implementação desta Política é diversificada e depende da capacidade das instituições (COSTA, 2010). Resultados e/ou impactos: O que torna a PNSIPN relevante e ambiciosa é a forma de incluir questões como, a inserção do quesito cor em formulários do Programa de Saúde da Família, registros hospitalares e atestados do SUS. Porém, faz-se necessário ressaltar que, não basta somente a inclusão dos quesitos; é necessário convencer o

profissional da saúde sobre a importância da inserção destes dados. Ressalta-se o imperativo da admissão de cursos preparatórios, para funcionários, que abordem a temática racial, assim como o quesito cor, com a finalidade de sensibilizá-los para a questão. Um dos princípios fundamentais do SUS remete à equidade, isto é, os serviços de saúde devem ofertar tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais. Nesse sentido, objetiva-se reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações. No caso da população negra, devido ao processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural à qual foi submetida, tornou-se mais vulnerável às diversas patologias. Cabe aos serviços de saúde públicos oferecidos pelo Estado garantir atendimentos mais adequados, que reduzam essas vulnerabilidades. Ressaltamos a importância de estimular discussões sobre o tema, lutar pela inserção do quesito cor nos formulários de atendimento e desenvolver pesquisas que, além de atribuir visibilidade às iniquidades, possam ainda contribuir para reflexão e compreensão de como as iniquidades atuam e conseqüentemente refletem sobre a saúde da população negra. Considerações Finais: Acreditamos, tal como Lopes (2010) que o combate e a erradicação das desigualdades é desafiador no campo das políticas públicas, especialmente quando tais desigualdades são oriundas da expressão indireta de discriminação. Poder público e sociedade civil devem agir com imparcialidade no enfrentamento de práticas, que, explicitamente, desfavorecem pessoas ou grupos característicos, tendo em vista que, para eliminar as formas indiretas de discriminação, é necessário: (1) mensurar e interpretar de forma certa a magnitude e a evolução das disparidades entre os diferentes grupos; (2) revisar as práticas institucionais, de modo que as novas ações, programas e políticas sejam orientados pela noção de equidade; (3) assumir o compromisso e a

responsabilidade de oferecer tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual, contemplando assim suas necessidades e promovendo ou efetivando o direito à igualdade de fato.

O CORPO TURBINADO NA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA: O MECANISMO COMO RETÓRICA DE VIDA E SAÚDE

Anderson dos Santos Machado

Palavras-chave: retórica de saúde, mecanismo, divulgação científica, saúde coletiva

A partir da análise das capas de revistas de divulgação científica percebemos a influência da categoria mecanismo na construção de representações sociais imagéticas na mídia impressa. O cérebro, por seu papel relevante na sociedade ocidental contemporânea, ganha aspectos como potência, agilidade e contornos maquímicos que o equiparam com uma máquina que pode ser turbinada para máxima eficiência. Essa percepção revela que também a vida humana é reconhecida por outros campos das Biociências como sendo fruto preponderantemente de sua composição biológica, sendo cada vez mais complexificada e miniaturizada (nanobiotecnologia). A partir dessa retórica de vida e saúde, percebe-se uma normatividade sobre o que vem a ser objeto de saúde, desconsiderando outras dimensões do humano, apreendendo a mente e o corpo como subordinados unicamente ao biológico (e portanto, passível de intervenção medicamentosa e tecnológica) e desconsiderando as dimensões subjetivas do ser humano. A reflexão nos leva a questionar o quanto o imaginário social é (re)alimentado por figuras imagéticas que reforçam a separação do humano seu natural num fascínio diante das possibilidades oferecidas pelo tecnológico.

O CUIDADO À CRIANÇA COM ASMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MOBILIZANDO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Lidia Ruiz Moreno, Luciane Soares de Lima

Palavras-chave: Asma, Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente em Saúde

Apresentação: O estudo apresentado consistiu em uma Dissertação de Mestrado cujo objeto de estudo foram os cuidados à criança com asma na Estratégia Saúde da Família, por meio de estudo quase experimental do tipo antes e depois. A asma é uma doença crônica, de alta prevalência e morbidade, que afeta de modo substancial a vida das crianças/famílias, com repercussões sobre a qualidade de vida, hospitalizações, absenteísmo escolar, rendimento escolar, faltas ao trabalho (no caso dos pais), gerando altos custos econômicos e sociais para a família e para o sistema de saúde (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 1996; III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 2002). O tratamento da asma envolve a terapia medicamentosa, somado a cuidados educativos que promovam o uso da medicação de forma adequada, cuidados com o ambiente doméstico, além de uma relação eficiente entre profissional-usuário para uma efetiva adesão ao tratamento. O controle ambiental inadequado pode ser decorrente de fatores econômicos, culturais, psicológicos, educacionais (JENTZSCH; CAMARGOS; MELO, 2006), dentre outros e requer por parte dos indivíduos/cuidadores, mudanças de comportamento inerentes a suas condições individuais que permitam minimizar o papel dos fatores desencadeantes na exacerbação da asma. O estudo teve a seguinte questão de pesquisa: "As condições ambientais dos domicílios de crianças com asma atendidas

pela Estratégia Saúde da Família podem ser modificadas a partir de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde?” Este estudo visou instrumentalizar o Agente Comunitário de Saúde através de conhecimentos sobre medidas preventivas a serem efetuadas em domicílios de crianças asmáticas, utilizando na intervenção educativa metodologias ativas de ensino-aprendizagem (metodologia da problematização), em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, no que se refere à Educação Permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), apropriando-se da realidade dos sujeitos no trabalho para o processo educativo de mudança e transformações sociais (BOGUS, 2007; BEHRENS, 1999; MIRANDA; BARROSO, 2004; MENDES et al. 2007; ALVIM; FERREIRA, 2007) . Desenvolvimento do trabalho: 1^a Fase) Na fase de construção do projeto de pesquisa, no mês de setembro de 2008, foi realizado um levantamento de estatísticas de atendimento médico diário no período de janeiro a julho de 2008, para seleção dos domicílios das crianças que atendiam aos critérios de inclusão; 2^a Fase) Foram recrutados os ACS das equipes selecionadas, para preencherem uma avaliação pré-teste, abordando conhecimentos sobre mitos e crenças relacionados à asma e fatores desencadeantes. Após este contato foram realizadas visitas aos domicílios de crianças com asma no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009, sendo localizados 95 domicílios. Estes foram visitados, utilizando um formulário com variáveis biológicas (sexo, idade, história familiar positiva para alergia), socioeconômicas e demográficas (renda, escolaridade do cuidador, número de pessoas no domicílio, número de cômodos), pesquisa de fatores desencadeantes (fumo, infecções de vias aéreas superiores), cuidados ambientais (limpeza do piso e móveis) e um instrumento de controle

ambiental, que consistiu em um roteiro para observação domiciliar da sala e quarto, sendo considerado o controle ambiental adequado a pontuação ≤ 15 e inadequado, > 15 . 3^a Fase) Nesta fase, realizada no período de março a maio de 2009 foi realizada uma intervenção educativa com os ACS, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nas equipes que atendiam os domicílios selecionados havia 34 ACS. Todos aceitaram participar da intervenção. Estes foram divididos em três grupos focais para a realização de cinco encontros com cada grupo. Na intervenção educativa foi utilizada a metodologia da problematização, com o Método do Arco de Maguerez (BERBEL, 1998). A intervenção consistiu em três grupos focais vivenciais, cada um com cinco encontros e momentos de dispersão caracterizados pelas visitas dos ACS aos domicílios, com o objetivo de identificar nos domicílios problemas relacionados ao controle ambiental, que funcionaram como cenários de aprendizagem (observação da realidade), identificação das causas e explicações da situação encontrada (pontos-chave). Durante os grupos focais foram discutidos temas relacionados ao conceito de asma, uso da medicação inalatória, reconhecimento dos fatores desencadeantes (teorização) e proposição de cuidados preventivos a serem implementados nos domicílios visitados na primeira etapa da pesquisa, com utilização de um roteiro sistematizado construído pelos ACS (hipóteses de solução), visando melhorar as condições ambientais dos domicílios das crianças asmáticas. Ao final da intervenção educativa, os educandos preencheram a avaliação pós-teste, abordando mitos e crenças relacionados à asma e fatores desencadeantes para a doença. 4^a Fase) Nesta etapa, denominada fase de dispersão das atividades educativas, os ACS realizaram visitas às crianças avaliadas na primeira fase, com a proposta de utilização de

um roteiro de sistematização, elaborado pelos educandos (aplicação à realidade). O número mínimo de visitas a serem realizadas para abordagem da educação em asma era quatro. 5^a Fase) Os mesmos domicílios avaliados na primeira fase, foram reavaliados pela pesquisadora no período de julho a agosto de 2009, utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados inicial. Resultados: Foram verificadas mudanças significativas na redução da limpeza do piso com vassoura, na redução do uso do fogão a carvão, bichos de pelúcia e no controle ambiental do quarto. O método de ensino-aprendizagem foi diferenciado quando se compara a intervenção educativa em grupos focais com os ACS e as orientações individualizadas executadas pelos ACS nas visitas domiciliares, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados. O estudo revela limitações na prática de educação em saúde na atenção básica, os ACS não dispõem de ferramentas adequadas para realizarem ações de promoção à saúde, o foco continua centrado na doença e numa prática educativa tradicional, prescritiva, sem oportunidades de reflexão para os usuários, para o entendimento das limitações desta relação entre profissional-usuário, sendo necessária a educação permanente destes profissionais relacionando os saberes e práticas populares, com o conhecimento técnico-científico, propiciando a construção de um conhecimento duradouro e aplicável ao contexto de vida das famílias. Não foi possível apreender a relação entre usuário-ACS, como se processa esta relação, qual o grau de credibilidade, a confiança e a segurança que as famílias depositam neste trabalhador, apontando a necessidade de futuras pesquisas para elucidação desta questão e de outras semelhantes. É necessário avaliar também o tempo exigido para implementação das medidas educativas em tais visitas, o qual não pode ser reduzido, nem tampouco superestimado, sob o risco

do excesso de informações dificultar o processamento e reflexão por parte dos cuidadores. Considerações finais: O estudo ratifica a necessidade de incorporação da asma como política pública de saúde, tendo em vista a sua alta prevalência e morbidade, fundamentada na educação de profissionais de saúde e usuários como um dos principais pilares, propiciando a incorporação de informações, reflexões e construção de medidas que minimizem os riscos para a falta de controle da doença. O uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na educação permanente mostra-se como uma potencial ferramenta para a educação permanente de agentes comunitários de saúde no seu trabalho preventivo junto à população.

O CURRÍCULO COMO DIMENSÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

Silvio Barros Barros do Nascimento, Tatiane Aparecida Queiroz, Ana Gêssica Costa Martins, Ana Fabíola Rebouças de Souza, Jessica Rabelo Holanda, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson, Deyla Moura Ramos Isoldi

Palavras-chave: Educação Técnica em Enfermagem, Enfermagem, Avaliação Educacional

Introdução: O Projeto Político-Pedagógico (PPP) é mais do que um agrupamento de planos de ensino, é uma ação intencional construída coletivamente e vivenciada por todos os envolvidos no processo educativo. É político porque tem um compromisso com a formação cidadã e é pedagógico, pois permite a definição de ações educativas necessárias para que as instituições de ensino cumpram seus propósitos. O currículo é um importante elemento constitutivo do PPP e corresponde à organização do conhecimento da instituição

de ensino. Não é um elemento neutro de transmissão do conhecimento, mas expressa relações de poder, interesses e forças, sofrendo, portanto, influências do meio cultural, social, político e econômico. Nesse sentido, existem diferentes formas de organização curricular que variam de acordo com as diferentes concepções de ensino-aprendizagem. Objetivo: Discutir qual a concepção de currículo presente no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Metodologia: Trata-se de um estudo documental que permite a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim, sendo na maioria das vezes de caráter qualitativo. Sua principal característica é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, sejam eles escritos ou não, que podem ser arquivos públicos ou particulares, fontes estatísticas, fotografias, objetos, entre outros. Para a efetivação do presente estudo, inicialmente foi feita uma primeira aproximação com PPP/PROFAE a partir de sua leitura e com isso, foi possível perceber algumas contradições presentes no projeto, sendo ainda visualizados os principais equívocos quanto à qualidade da formação profissional prevista no mesmo. Depois disso, sucessivas leituras foram realizadas para que se pudesse alcançar um maior aprofundamento e melhor conhecimento das discussões trazidas no PPP, analisando-se seus diferentes elementos e principalmente a matriz curricular, buscando perceber como se dá a coesão entre os elementos do projeto e qual a concepção de currículo presente no mesmo. Resultados e Discussão: Através da análise do PPP/PROFAE desenvolvido pela FAEN/UERN foi possível identificar que a concepção de currículo que esta implícita no referido PPP é a de currículo por competência, o que pode ser evidenciado em diferentes

elementos do PPP como na justificativa, nos objetivos e na matriz curricular. No currículo por competência a organização curricular preocupa-se com a definição de conteúdos que permitam ao aluno o desenvolvimento de competências que lhe possibilite atender as exigências do mercado de trabalho. Alguns fragmentos do texto que compõe a justificativa e os objetivos demonstram que o compromisso da formação proporcionada pelo PPP/PROFAE desenvolvido pela FAEN/UERN é atender as necessidades do mercado de trabalho, não havendo, portanto, a preocupação em promover uma formação que permita ao aluno atender as demandas sociais. A seguir estão expostos um fragmento da justificativa e outro dos objetivos que nos permitem perceber claramente esse compromisso: Dessa forma este curso técnico está regido por um conjunto de princípios que incluem a sua articulação com o ensino médio, orientadores da educação profissional, que são referentes a valores estéticos, políticos e éticos. Outros princípios definem sua identidade e especificidade, que se referem ao desenvolvimento de competências para a laboralidade. Qualificar profissionais para executar atividades de enfermagem nos serviços de alta e média complexidade visando contribuir para uma melhor qualidade na assistência de saúde dispensada ao indivíduo, à família e à comunidade. No que se refere à matriz curricular, esta é organizada em quatro módulos, sendo definidas em cada um deles as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos alunos, bem como as bases tecnológicas, ou seja, os conteúdos que serão trabalhados para que essas competências e habilidades sejam alcançadas. Tal achado corrobora com a discussão que no currículo por competência a organização curricular é centrada em módulos de ensino que são direcionados por um conjunto de saberes, conforme as competências esperadas. A partir dessa

concepção, a função do currículo passa a reorientar a prática pedagógica em torno da transmissão de conteúdos disciplinares que possibilitem a construção de competências. Ao analisar os componentes curriculares e os conteúdos trabalhados em cada um deles foi possível perceber que o currículo do PPP/PROFAE promove uma formação voltada ao âmbito hospitalar, tendo em vista que são privilegiados conteúdos de cunho biológico e curativista e que permitam a atuação do técnico de enfermagem em diferentes setores hospitalares, como pronto-socorro, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. Não há componentes curriculares que enfatizem a atuação do técnico de enfermagem nos demais espaços de saúde, nem discussões que possibilitem a articulação dos conhecimentos obtidos na formação com a realidade social, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, em alguns fragmentos da justificativa são feitas críticas às propostas pedagógicas que enfatizam a assistência médico-hospitalar, sendo destacado que o referido PPP propõe-se a desenvolver uma formação que supere esse enfoque, o que se torna contraditório, já que o mesmo continua reproduzindo a lógica hospitalocêntrica e biomédica. Os fragmentos citados podem ser vistos a seguir: [...] é significativo os órgãos formadores que em suas propostas pedagógicas enfatizam a assistência médico-hospitalar, priorizando ações tecnicistas, de cunho eminentemente curativo, e desse modo, promovendo a desarticulação da formação profissional às mudanças ocorridas no sistema de Saúde em virtude da implantação do SUS. Dessa forma propomos neste curso a superação do enfoque tradicional da formação profissional baseada apenas na preparação para execução de um determinado conjunto de tarefas. É preciso construir projetos político-pedagógicos que sejam coerentes com as exigências impostas pelos avanços

tecnológicos e científicos, porém que não desconsiderem perspectivas de ensino que respondam às necessidades sociais da população, ou seja, é preciso formar cidadãos em áreas específicas de conhecimento, mas que também sejam capazes de buscar soluções para os problemas societários. Conclusão: O conceito de currículo abrange desde a formação do modelo curricular institucional até as ações que serão realizadas durante o processo de construção da aprendizagem, organizadas dentro do tempo e espaço escolar. Ou seja, para que os professores e a instituição possam desenvolver o currículo e as competências de seus alunos é primordial que compreendam o objetivo da formação à qual seu currículo propõe-se, para assim desenvolver o modelo de formação que almeja. De acordo com o PPP/PROFAE, essa instituição busca o currículo por competência, no qual o saber não tem mais validade em si mesmo e o aluno é visto como sujeito prático que busca aumentar sua eficácia dentro do mercado de trabalho. Nessa dimensão de currículo, o conhecimento adquire viabilidade quando o sujeito utiliza-o para auxiliá-lo a atingir as técnicas necessárias em sua área de atuação, de forma que o conhecimento passa a ser reducionista, voltando-se apenas para treinamento e execução de tarefas, sem atentar-se para o desenvolvimento crítico e reflexivo dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto percebe-se que as escolas precisam orientar suas práticas pedagógicas, assim como seu PPP, para desenvolver o currículo de seus alunos objetivando prepará-los não apenas para o trabalho, mas também para a cidadania. As escolas devem promover o conhecimento que ultrapasse o espaço institucional, fazendo da formação um meio pelo qual se dá a construção social através da compreensão do conhecimento técnico, científico, cultural e humano, como propõe-se o currículo integrado.

O DESAFIO DE ENSINAR LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Marielly de Moraes, Jorge Luiz de Andrade Trindade

Palavras-chave: ensino em saúde, formação, metodologias, políticas públicas de saúde, legislação

APRESENTAÇÃO: O desafio de construir conhecimento sobre Legislação e Políticas Públicas de Saúde (LPPS) no contexto acadêmico remonta a experiência de vivências em metodologias ortodoxas que envolvem as relações de memorização de elementos textuais e numéricos distantes da linguagem dos estudantes, em especial, em se tratando de estudantes de áreas que se distanciam do Direito. Neste contexto as metodologias ativas de ensino aprendizagem se constroem como uma nova possibilidade e horizonte em um processo de vivenciar e redimensionar o tema dentro do contexto de trabalho de profissionais da saúde. Este estudo descreve a experiência de ministrar a disciplina de LPPS para uma turma de dez residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da Universidade Feevale, de Novo Hamburgo – RS, utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem, que ocorreu no primeiro semestre de 2015. **METODOLOGIA:** A motivação para a descrição desta experiência se definiu a partir do comentário de uma aluna, a qual, na avaliação final da disciplina referiu que antes de iniciá-la havia a “expectativa de ler legislações a cada aula expositiva, estudando leis de forma maçante.” Desde o aceite para ministrar a disciplina estava colocado o desafio de encontrar uma maneira de trabalhar LPPS com uma turma de residentes do PRMS de forma a instigar sua formação crítica, criativa,

responsável e comprometida, tornando as aulas interessantes e acolhendo seu cansaço proveniente da jornada intensa da residência. O desenho das aulas buscou contemplar os assuntos de forma a envolver as residentes como protagonistas de seu processo formativo, instigando seu interesse a partir de uma prática de ensino aprendizagem que contemplasse o diálogo entre os assuntos abordados e as experiências da realidade vivida no seu cotidiano e contextos de trabalho. As residentes eram provenientes de três ênfases do PRMS: ênfase em Saúde Mental, ênfase em Atenção Básica em Saúde/Saúde da Família e ênfase em Urgência e Trauma. Vale ressaltar que no primeiro dia de aula foi feita uma conversa para explicar a metodologia e conhecer as expectativas em relação à disciplina e o nível de conhecimento das alunas acerca dos assuntos que seriam abordados. Os aspectos metodológicos envolveram entre outros, a construções, pelas residentes, de uma linha do tempo da história das Políticas de Saúde no Brasil e a partir de leituras de artigos científicos e filmes que inicialmente ilustrou o contexto histórico e desde o início até o final da disciplina foi ganhando sequência, sendo preenchida com acontecimentos marcantes distribuídos ao longo do tempo, como leis, decretos, portarias, políticas e programas; que foram ganhando mais sentido ao serem agregados a essa construção. A construção se dava sempre com base na interrogação a partir de questões norteadoras e problematizações que tinham como fim a temática trabalhada e sua relação com o dia a dia das residentes. Outro exemplo metodológico utilizado para trabalhar a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde foi a problematização gerada a partir de três casos reais vivenciados por residentes em seus campos de atuação extraídos de uma dissertação de Mestrado que tinha como tema a Residência

Multiprofissional em Saúde. Nesta atividade as residentes foram convidadas, a partir das leituras em grupo, a debater conversando com a realidade de seus campos de práticas e identificando elementos ali existentes que compunham os princípios e diretrizes do SUS, suas fragilidades e potencialidades nos casos apresentados e, inclusive nas suas vivências reais. Além destas e outras atividades propostas, foi proposta também a construção de um portfólio reflexivo coletivo, um único para todo o grupo, onde deveriam ser registrados os assuntos e processos e processos mais significativos trabalhados durante o período da disciplina e sua relação com os momentos vivenciados na Residência Multiprofissional. **RESULTADOS:** Os resultados desta experiência mostraram-se muito exitosos tanto para as alunas quanto para a docente e podem ser observados a partir da leitura de algumas falas das residentes, que foram registrados em suas avaliações acerca da disciplina no encontro de avaliação realizado no último dia de aula. “...Nos ensinou um novo modo de aprender, aquilo que antes era chato pode ser diferente, uma aula não precisa ser monótona...,” Residente A “A disciplina teve grande relevância... e propiciou reflexões quanto à teoria e a realidade. A didática foi integradora, buscou a participação das alunas, promoveu debates baseados nas vivências individuais de todas as residentes e contemplou todas as ênfases”. Residente B “A professora acolheu nosso cansaço. A disciplina foi bastante surpreendente. Tinha a expectativa de ler legislações a cada aula expositiva, estudando leis de forma maçante, quando, na verdade, aprendemos a conceituar os princípios e diretrizes do SUS, discutindo casos de uma forma leve e divertida, na medida em que nos aproximávamos da prática do trabalho nas políticas públicas de saúde.” Residente C “A atuação da mediadora contribuiu norteadando, questionando, instigando e promovendo

a discussão, relato de vivências, escuta e captação das facilidades e dificuldades. Residente D “Achei muito interessante a ideia do portfólio, pois serviu para integrar ainda mais as residentes”... Residente E “A estimulação de nossa participação em aula ocorreu de forma prazerosa, como na elaboração da linha do tempo e do portfólio”... Percebi no decorrer do semestre a turma sempre disposta nas participações e discussões dos assuntos... Residente F “A professora fazia questionamentos e posicionamentos que faziam refletir sobre a minha atuação no sistema, saia da aula com o desejo de fazer as coisas funcionarem melhor”... Residente G “Foi de extrema importância entender a legislação para além da escrita no papel, como é aplicada no cotidiano e como as políticas de saúde são boas apesar de não tão efetivas como gostaríamos...” Residente H “O fato de a professora também ter sido residente faz com que ela consiga entender melhor a nossa prática e relacionar com a teoria...” Residente I **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A disciplina possibilitou o norteamto e mediações dos discentes efetivando o papel de facilitador do professor, ora com a identificação com o lugar de docente como proponente de um problema ora como sujeito da proposta. A metodologia utilizada contribuiu para o desenvolvimento da Educação Permanente, o que era visto se intensificando ao longo do processo bem como favoreceu a constituição política das residentes contribuindo no seu processo de compreensão e qualificação do SUS. Acredito que o fato de a docente já ter sido residente e ter especial apreço à residência e ao SUS favoreceu para uma certa identificação e contribuiu no processo de ensino aprendizagem. Acredito que o grupo reduzido facilitou o desenvolvimento da metodologia, as trocas e a aproximação entre docente e residentes. Trabalhar metodologias ativas é bastante desafiador,

requer muito planejamento, reflexão e um tempo maior, pois trata-se de um processo de condução constante, por vezes cansativo, mas muito instigante; que requer ser avaliado de forma detalhada em todo o percurso. Por fim, apesar de as residentes sempre serem muito participativas, o portfólio trouxe à tona algumas reflexões muito interessantes de ordem individual e coletiva que antes não haviam se revelado nas aulas, o que aponta a importante potência deste instrumento.

O ENSINO DAS COMPLEXIDADES DO SUS NOS CURSOS DE NUTRIÇÃO NO RS

Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Formação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Currículo

Apresentação: A saúde no Brasil é um direito social, sendo viabilizado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, do qual foi promulgado por meio da Constituição Federal de 1988 entre seus artigos 196 e 200, (Brasil, 1988). O SUS é um sistema em constante construção, e ainda carece de profissionais capacitados para entender, propor, gerir suas políticas de atuação. A grande dificuldade atual, ainda é formar profissionais engajados com a proposta do modelo de saúde pública brasileiro (Kretschmer, Felicete, Krauzer, Ubessi, 2012). Visando obter conhecimento em torno da carga horária e do número de disciplinas vinculadas ao SUS na carreira de Nutricionista no Rio Grande do Sul, resolve-se compor a presente pesquisa, com a finalidade de evidenciar a formação da carreira voltada ao SUS. Desenvolvimento do trabalho: Para averiguar o ensino buscou-se por disciplinas que contemplassem o ensino de saúde pública na graduação, através do conhecimento subjetivo do curso e do conteúdo proposto pelo enunciado da disciplina, cabe salientar que pode-se

trabalhar esta modalidade de ensino com pequenos debates em outras disciplinas, o que não fora contemplado na presente investigação. Resultados: A avaliação da amostra deu-se por dados secundários, oriundos das ementas curriculares dos cursos disponíveis online. Neste caso elencou-se para compor a amostra componentes curriculares isolados de outras disciplinas que evidenciavam claramente esta modalidade de ensino, foi o caso das disciplinas intituladas "Nutrição em Saúde Pública", "Saúde Pública", "Saúde Coletiva", "Nutrição em Saúde Coletiva", " Nutrição e Políticas Públicas em Saúde", "Práticas em Saúde Coletiva", "Introdução a Saúde Coletiva", "Gestão em Saúde Pública", "Princípios e Diretrizes do Sus", "Políticas e Gestão em Saúde Coletiva", "Políticas Públicas de Saúde", e " Saúde Coletiva: Políticas de Saúde". Excluiu-se da amostra os componentes curriculares vinculados a estágios obrigatórios de conclusão de curso, pois subentende-se que a parte prática se destina a executar o que já fora consolidado na base teórica. Resultados: Há na atualidade 23 Escolas formadoras de Nutrição no Rio Grande do Sul, destas 5 públicas (21,73%) e 18 (78,26%) escolas privadas. A média em número de disciplinas encontradas no curso foi de duas disciplinas sendo este contemplado por 12 instituições (52,17%), 7 (30,43%) cursos contaram com apenas uma disciplina, 3 cursos com três disciplinas (13,04%) e uma instituição sem nenhuma disciplina (4,35%). Dos cursos estudados três possuíam disciplinas com carga horária de 60 horas, uma universidade, cujos dados não estavam disponíveis online, uma universidade sem nenhuma carga horária para esta modalidade de ensino, 7 escolas formadoras contabilizando a carga horária das disciplinas de 120 horas, uma com o somatório superior a 250 horas, uma com apenas 30 horas, uma com apenas 50 horas, duas com mais de 100 horas, 3 com

somatório de carga horária entre 120 a 130 horas, e três com carga horária entre 70 a 90 horas. Houve 3 instituições de ensino públicas com apenas uma disciplina, o que representa o afastamento do ensino público para o público. Considerações finais: Embora difícil de se estabelecer a carga horária e o número de disciplinas ideal para a modalidade de ensino, salienta-se a importância de compreender com eficiência o Sistema Único de Saúde, e a preocupação da carência deste ensino em algumas universidades públicas e privadas do RS, ressalta-se esta necessidade para que assim os futuros profissionais quando formados compreendam a proposta e a necessidade de engajamento com a mesma.

O ENSINO E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Débora Sakamoto Silva, Juliana do Nascimento Serra, Maria Auxiliadora de Souza Gerck, Cristina Brandt Nunes

Palavras-chave: processos de enfermagem, ensino, educação em enfermagem

APRESENTAÇÃO: A evolução tecnológica encontra-se cada vez maior e mais veloz e as instituições de saúde visam à maximização de recursos, diminuição de custos e melhoria da qualidade do cuidado prestado. A enfermagem está envolvida nessas transformações, sendo constantemente convocada a responder os recentes desafios, desenvolvendo sua equipe e fundamentando e aperfeiçoando suas atividades, o que torna imprescindível a sistematização da assistência de enfermagem (SAE). A SAE trata de uma metodologia científica que visa o emprego de um roteiro sistematizado que orienta o pensamento, possibilitando a investigação da realidade, auxiliando o enfermeiro na sua tomada de decisão e

permitindo a atuação sobre essas decisões, bem como a comunicação dos seus resultados. É considerada como organizadora do trabalho profissional, no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos. Tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE), cujo modelo mais conhecido e seguido no Brasil é o de Wanda de Aguiar Horta, de 1979, que possui os seguintes passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Considerado como instrumento científico norteador da prática assistencial, o PE leva à cientificação profissional almejada pelos enfermeiros, contudo ainda existem dificuldades na sua aplicação prática. Dessa forma, cabe às instituições de ensino o fomento e operacionalização de uma grande discussão a respeito do mesmo, fornecendo a estes profissionais o embasamento necessário. Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar a produção científica a respeito do ensino da sistematização da assistência de enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada entre março a junho de 2014. Foram rastreados artigos sobre o ensino da SAE, indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF constantes no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e os descritores utilizados foram: "processos de enfermagem", "ensino", "educação em enfermagem" e "enfermagem". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2009 a 2014, em português e inglês, encontrados na íntegra de forma gratuita em meio on-line e que retrataram a temática proposta e foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios anteriores e/ou que estivessem repetidos. Após a seleção, os estudos foram analisados e

registrados em formulário específico para este fim, o qual orientou a coleta dos dados. A análise do nível de evidência foi realizada classificando os estudos em sete níveis. Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados bem delineados; Nível 2: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: ensaio clínico bem delineado sem randomização; Nível 4: estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: estudo descritivo ou qualitativo e Nível 7: opinião de autoridades e/ou relatórios de especialistas. RESULTADOS: Foram identificados 341 estudos, sendo 281 indexados na base de dados MEDLINE, 36 na BDNF e 24 na LILACS. Após análise foi obtida uma amostra final de 10 estudos, sendo 5 indexados na base de dados LILACS, 3 na base BDNF e 2 na MEDLINE. Em relação ao ano de publicação, verificou-se predomínio de estudos em 2011 com quatro (40%) estudos, seguido por 2009 com três (30%) estudos. Foi demonstrada maior ocorrência de publicação na Revista Brasileira de Enfermagem com três (30%) estudos, seguida da Online Brazilian Journal of Nurse com dois (20%) estudos. Quanto ao delineamento metodológico três (30%) estudos são de revisão de literatura e um (10%) trata-se de relato de experiência, portanto não apresentam nível de evidência e os seis (60%) estudos restantes são qualitativos, classificados como nível seis de evidência. A respeito do país de origem, houve predomínio do Brasil, o qual foi responsável por oito (80%) estudos; os dois (20%) estudos restantes foram originados dos Estados Unidos e publicados em inglês. Posteriormente à análise, as informações obtidas foram agrupadas na categoria denominada ensino e nas subcategorias denominadas raciocínio clínico, pensamento crítico, teorias de enfermagem e

sistematização da assistência de enfermagem/processo de enfermagem, de acordo com suas características, podendo cada artigo ser enquadrado em uma ou mais subcategorias. Na subcategoria Raciocínio Clínico identificou-se dois estudos, os quais evidenciaram a indissociabilidade entre raciocínio clínico e sistematização da assistência de enfermagem, uma vez que os acadêmicos e profissionais percebem o mesmo como meio condutor do diagnóstico de enfermagem, favorecendo a implementação do cuidado. Essa relação íntima é permeada por desafios, pois demanda maior capacidade de pensamento crítico, bem como maior motivação e comprometimento. Sendo assim, o raciocínio clínico deve ser estimulado a partir das instituições de ensino, pautado em estratégias que fomentem o uso de habilidades cognitivas, pensamento crítico e lógico e incorporação da prática. A subcategoria Pensamento Crítico revelou quatro estudos, os quais convergem no fato de que o este tipo de pensamento é uma habilidade essencial para os enfermeiros. Para a prática de uma assistência sistematizada e de qualidade é necessário que o profissional esteja alerta todo o tempo, refletindo e analisando a situação. O pensamento crítico deve estar presente diariamente, auxiliando estes profissionais a serem hábeis, competentes e proporcionarem uma assistência de enfermagem resolutive. Mudanças nos serviços de saúde são um dos objetivos visados com a utilização desta ferramenta, contudo é observada uma desvalorização da mesma, possivelmente iniciada ainda no processo de formação deste profissional. É necessário, portanto, a adoção de estratégias durante o ensino, com vistas à incorporação do pensamento crítico ao PE. Na subcategoria Teorias de Enfermagem foi encontrado apenas 1 estudo, o qual tratou do referencial teórico de Wanda de Aguiar

Horta, que se embasa principalmente na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Conforme o estudo, para a implantação do PE é imprescindível a adoção de um referencial teórico-filosófico, o qual é representado por uma teoria de enfermagem. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foca na condução do ser humano ao estado de equilíbrio, atendendo suas necessidades humanas básicas. A adoção deste referencial durante as práticas dos alunos contribui para que estes possuam uma visão do paciente em sua totalidade, conduzindo à aproximação entre teoria e prática e facilitando o processo de humanização do cuidado. Assim, evidencia-se a importância do uso deste método durante o ensino, buscando uma prática pautada na ciência, ultrapassando aspectos técnicos e mecanicistas. A última subcategoria Sistematização da Assistência de Enfermagem, e, Processo de Enfermagem foi apresentado em cinco estudos, evidenciando a essência desta revisão. Com o passar dos anos e de inúmeras tentativas em ordenar o trabalho de enfermagem e desenvolver um conhecimento específico para a mesma, o PE foi apresentado como instrumento para a SAE. Porém, o ensino da mesma ainda encontra-se em descompasso com o real esperado para o futuro enfermeiro, devido frequente desarticulação entre as bases teóricas com o mundo da prática, onde o cenário ideal seria a construção de habilidades respaldadas pelo conhecimento construído e pela formação de atitudes respondendo as demandas complexas de cuidado. Assim salienta-se que para que esse descompasso entre no eixo ideal serão necessárias mudanças e investimentos e até mesmo revoluções ideológicas e normativas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do exposto, é preciso incentivar o ensino da SAE através de metodologias que favoreçam a articulação entre a teoria e a prática, com enfoque no

desenvolvimento de habilidades como o raciocínio clínico e pensamento crítico. Neste contexto, evidencia-se a necessidade de maiores estudos sobre o assunto, enfatizando metodologias com aplicabilidade prática e de resultados efetivos.

O ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM TESES E DISSERTAÇÕES DE TRÊS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gabriela R B de Andrade, Jeni Vaitsman, Eliane Hollanda, Sandra V Siqueira

Palavras-chave: políticas públicas, pós-graduação, saúde coletiva

Apresentação: Este trabalho apresenta resultados de uma pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz-RJ) no Programa de Pesquisador Visitante (Fiocruz/CNPq) e finalizada em 2015. São apresentados os objetivos, conceitos, métodos e resultados de uma etapa da pesquisa. Ao final, são discutidos os desafios metodológicos do estudo e são apontadas questões para pesquisas futuras. O objetivo da pesquisa foi conhecer como o tema Políticas Públicas tem ganhado expressão nos programas de pós-graduações em Saúde Coletiva no Brasil a fim de contribuir com o debate sobre a formação em Políticas Públicas e Saúde. A literatura tem indicado uma presença crescente de disciplinas e pesquisas voltadas para o estudo das políticas públicas nas pós-graduações (Hollanda & Siqueira, 2013) e uma fragmentação teórico-metodológica na abordagem do tema (Melo, 1999; Souza, 2003, 2007). A pesquisa fez um levantamento a fim de conhecer como o estudo das políticas públicas tem se dado no produto mais imediato das

pós-graduações *stricto sensu*: as teses e dissertações. O primeiro desafio foi conceitual, no sentido de definir os estudos em políticas públicas alvo no estudo já que tanto o campo da Saúde Coletiva quanto o campo das políticas públicas, além de imbricados historicamente, se caracterizam pela multidisciplinaridade e pela diversidade conceitual e metodológica o que coloca desafios para qualquer pretensão de uma delimitação precisa (Arretche, 2003; Marques & Faria, 2013; Vaitsman et al., 2013a, 2013b). Para as finalidades da pesquisa definiu-se ‘estudos em políticas públicas’ como aqueles que se voltam para o estudo das fases de uma política pública: agenda, formulação, implementação e avaliação. As políticas públicas enquanto disciplina e campo de estudos, remetem à tradição de estudos inaugurada por Laswell na década de 1950 procurando responder à questão de o quê os governos fazem e como fazem. O campo de estudos em políticas públicas nasce, portanto, como Ciência Política e se diferencia dela incorporando uma série de ferramentas teóricas e metodológicas de outras disciplinas a fim de dar conta de seu objeto. Uma gama de pesquisas e teorias volta-se para o estudo das políticas públicas, inclusive discordando da ideia de que esse processo pudesse ser dividido em fases (Viana, 1996). No Brasil, os estudos sobre o ‘Estado em ação’ e sobre o fazer políticas públicas se iniciaram, com maior intensidade, na década de 1970, a fim de “construir modelos explicativos para as diferentes fases ou etapas das políticas públicas, com especial ênfase nas fases de formulação e implementação, procurando apreender a dinâmica que articula as várias fases do ciclo de vida de uma política” (Viana, 1996, pg.6). Aqui, os estudos em políticas públicas se desenvolveram de forma multidisciplinar, não tendo se estruturado, como em outros países, a partir de disciplinas e escolas específicas para a formação em

políticas públicas. Nesse sentido, cabe perguntar como a formação em políticas públicas no campo da Saúde Coletiva vem incorporando as abordagens do campo de políticas públicas, que em alguns contextos internacionais se conformaram a partir de disciplinas específicas (Howlett et al., 2009). Método: As teses e dissertações estudadas foram defendidas entre 2010 e 2011 em três programas de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva de expressão no Brasil. Foram considerados o título, as palavras-chave e o resumo para selecionar as teses e dissertações de acordo com o recorte temático definido. As referências bibliográficas de cada trabalho foram classificadas de acordo com cinco grupos pré-definidos, com o objetivo de delimitar o uso de bibliografia específica em políticas públicas. Entre 92 trabalhos selecionados, 35 foram teses e 57 dissertações. Foram classificadas 7.296 referências bibliográficas (artigos, livros e capítulos de livro), uma média de 58 por dissertação e de 113 por tese. Foram excluídas da classificação leis, normas, relatórios técnicos, reportagens, entre outros. As referências foram classificadas em cinco grupos definidos a partir de parâmetros disciplinares e teóricos tais como os definidos por Canesqui (2011), Deslandes & Iriart (2012), Minayo, (2013), entre outros. Os grupos foram: (1) Ciências Sociais e Humanas; (2) Ciência Política; (3) Políticas Públicas; (4) Saúde Coletiva; (5) outros. No ‘grupo 1’ entrou a bibliografia sobre Educação, Direito, Administração, Psicologia, Filosofia, Geografia, Antropologia, Arquitetura, Ciência da Informação, Comunicação, Demografia, Economia e Serviço Social. No ‘grupo 2’: instituições políticas, partidos, ideologia, atores e instituições político-partidárias; formação, estabilidade e mudança nas instituições políticas, comportamento político e estruturação de preferências eleitorais; correntes teórico-

metodológicas da Ciência Política. No ‘grupo 3’: processos decisórios, formulação, implementação e análise de políticas públicas, teoria das políticas públicas, variações na expansão das políticas sociais e no escopo dos welfare states (tipologias) e avaliação (não normativa) de políticas públicas. No ‘grupo 4’: história da saúde pública, epidemiologia, medicina social, planejamento em saúde, eficácia e qualidade dos serviços públicos. No ‘grupo 5’: clínica médica e estudos clínicos. Resultados Classificou-se como sendo bibliografia específica em Políticas Públicas, 6% (n=441) das referências bibliográficas; como ‘Ciências Sociais e Humanas’, 41% (n=2.975) das referências; em ‘Saúde Coletiva’, 42% (n=3.050) das referências; como ‘Ciência Política’ 4,6% (n=337) e, em ‘outros’, 6,8% (n=493). Neste último grupo entraram, na sua maioria, artigos sobre clínica médica e estudos clínicos. Entre as dissertações, 47% (n=27) não tiveram referência bibliográfica classificada em ‘Políticas Públicas’ e, entre as teses, somente uma. Os doutorandos, portanto, tendem a se apropriar mais dessa bibliografia específica do que os mestrados, o que era esperado, devido ao maior tempo e profundidade teórica exigido neste nível de formação. Os resultados atestam a diversidade disciplinar do campo da Saúde Coletiva, que é expressão tanto de uma multidisciplinaridade quanto de uma fragmentação características desse campo. Ainda que dentro do universo considerado, o peso da bibliografia classificada como ‘Políticas Públicas’ tenha sido pouco expressiva dentro do conjunto de bibliografias classificadas, viu-se que ela está presente em mais da metade das dissertações e em quase todas as teses. Considerações finais: Esta pesquisa classificou e quantificou a bibliografia de teses e dissertações de pós-graduação em Saúde Coletiva. No entanto, não foi possível conhecer, com esta metodologia, o aproveitamento da bibliografia no interior

dos trabalhos e demais aspectos relativos à consistência e à diversidade teórico-metodológica dessa produção. Procurou-se classificar uma diversidade quase inclassificável. As fronteiras disciplinares são fluidas e, em alguns casos, houve algum grau de arbitrariedade nas decisões por um ou por outro grupo. De qualquer modo, trata-se de uma primeira aproximação a ser refinada e complementada por uma abordagem mais qualitativa que possibilite revelar o que vai ‘por dentro’ de cada grupo, principalmente no das políticas públicas. Por fim, o estudo de teses e dissertações tem o potencial de contribuir com o debate sobre a formação nas pós-graduações, por tratar-se de produtos disponíveis, aprovados, validados institucionalmente e que refletem, em grande medida, o percurso feito pelos alunos. Para isso, no entanto, será necessário, nas próximas pesquisas, ampliar o universo do estudo. Segundo o Caderno de Indicadores da CAPES em 2009 havia 32 Instituições de Ensino Superior com programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, algumas, com mais de um programa.

O FENÔMENO DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI E KAIOWÁ: UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA ENRIQUECIDA PELA EXPERIÊNCIA EM CAMPO

*Josiane Emilia do Nascimento Wolfart,
Regina Mara Jurgielewicz Gomes*

Palavras-chave: suicídio, psicanálise, indígena

O presente trabalho objetivou expor a experiência teórica sobre o estudo dos fatores apontados na literatura como os principais desencadeantes do fenômeno do suicídio na população indígena Guarani e Kaiowá, do município de Dourados-MS. O estudo ganhou novos olhares sobre este fenômeno

e seus fatores a partir da experiência de campo vivenciada pela autora. Contudo trata-se inicialmente de uma pesquisa qualitativa, que oportuniza estratégias de interpretação, participação e compreensão dos dados levantados e documental por caracterizar-se pela reprodução parcial destes dados levantados em periódicos, proporcionando novas descobertas sobre o tema. Foi apresentado material referente à diversidade cultural, crenças, costumes, mitos e tradições inerentes à comunidade indígena, que auxiliou na compreensão do funcionamento do grupo. A partir do levantamento das causas para o suicídio, apontadas na literatura, procurou-se fazer uma compreensão do fenômeno por meio do instrumental teórico da Psicanálise. Propôs-se uma análise dos possíveis determinantes psíquicos que manejam o pensamento e a conduta deste grupo, assim, pretendeu-se por meio das hipóteses levantadas compreender o que conduziu esta população ao que a literatura nomeou como epidemia de suicídio. Os principais fatores apontados para o fenômeno do suicídio indígena incluem alguns determinantes sociais, que afetam não só a saúde desta população como também sua manutenção cultural: a marginalização cultural; a retirada do *tekoha*, saída dos indígenas de suas terras. Espaço vital onde são desenvolvidas as relações sociais do grupo. A exploração da erva-mate concomitante ao processo de colonização, o interesse pela mão de obra indígena e exploração de suas terras aliado à implantação das fazendas, acarretam no processo de maior impacto para a vida desta população; exploração do trabalho indígena; problema com o abuso de álcool e drogas; situação econômica precária, falta de saneamento básico, falta de água em pontos da reserva; desemprego, moradores da reserva reclamam que não conseguem emprego na cidade e por isso passam fome e caem em depressão; falta terra

para os trabalhadores desenvolverem suas atividades agrícolas; conflitos e desajustes familiares, brigas de parentes, problemas conjugais entre os membros do grupo étnico; imposição de novas religiões como também imposição de culturas externas a cultura indígena, como novos valores e interesses do mundo capitalista. Alguns estudos apontam que estas causas são subprodutos do impacto das transformações sociais que ocorrem dentro das aldeias, influenciados pela infiltração da “sociedade nacional”, e também um resultado de conflitos internos vivenciados pelo grupo relacionados a sua organização social e política. As indagações recorrentes em relação aos fatores que desencadeiam o suicídio no grupo indígena Guarani e Kaiowá implicam na hipótese de um tipo de desordem psíquica ou a falta de estrutura emocional que garanta aos membros do grupo indígena condições para melhor enfrentamento dos problemas na reserva, sejam eles provocados por causas internas ou externas a ela. Afinal, problemas com o consumo de álcool, drogas, desemprego, desestruturação familiar, problemas afetivos entre outros, também estão presentes na sociedade não indígena. Percebe-se que a junção destes fatores provocam conflitos significativos no psiquismo dos sujeitos. O que intriga alguns pesquisadores do fenômeno, é que a população indígena usa o suicídio como meio para resolver seus problemas. Um morador da reserva Jaguapiru comentou que tem indígena que quando quer faz, não pensa duas vezes. Os estudos mostram que o resultado deste movimento foi desastroso. O produto final do choque cultural nas aldeias trouxe grandes prejuízos para a manutenção de sua vida e cultura. O suicídio não corresponde apenas ao fim de uma vida, representa também o grito agonizante pelo temor do fim de uma cultura. É o conteúdo místico-religioso que está enraizado no imaginário da cultura indígena

o responsável por promover a manutenção do grupo, contudo, está ameaçado. Este conteúdo auxiliou na compreensão de parte do pensamento do grupo naquilo que entendem pelo suicídio em sua comunidade. Na sociedade de modo geral falar de suicídio é algo que gera grande desconforto, este é ainda um assunto tabu. De acordo com a teoria freudiana, o tabu está a serviço das relações sociais em comunidade primitivas, assim sendo a escolha pela morte violenta representa a quebra do tabu de preservação da vida. Qualquer pessoa que viole este tabu torna-se um transgressor. Ao tomar a morte em suas próprias mãos, suicidando-se o indígena fica à mercê da violação do tabu. Neste caso será seu espírito que receberá a punição de ficar vagando nas proximidades de sua última morada. A alma angustada, quando é do suicida, pode ser mais perigosa que outros fantasmas, assim o indígena acredita que ela, a alma do suicida, pode voltar e levar outros membros do grupo a se matarem, o espírito ou alma *anghé* voltará para se vigiar daqueles que lhe fizeram mal. É possível compreender os determinantes que influenciam o ato suicida como, também, a reação dos familiares e demais membros da comunidade diante de uma morte violenta. Do ponto de vista psicanalítico supõe-se que existam no suicida indígena, impulsos inconscientes que nasceram do conflito entre as crenças, costumes e tradições de sua comunidade e seus desejos internos. Quando os membros da tribo se deparam com a escolha entre aquilo que é tradição versus aquilo que a ‘sociedade nacional’ impõe à sua cultura, algumas pessoas não conseguem renunciar ao desejo pelo novo e abandonam sua cultura. Um sofrimento surge deste conflito, o choque cultural. O caráter de violação está em renunciar sua cultura, seus valores, crenças, mitos, costumes e tentar se infiltrar em uma nova cultura, que corrompe e impõe novos modos de pensar e de viver, mas que

não respeita a subjetividade do grupo. É preciso resgatar a identidade do grupo, compreender a natureza de suas frustrações, sofrimentos e angústias. Diante das questões apresentadas, entendemos que o suicídio indígena possa ser compreendido como um grito primal desta população, um pedido de socorro. Na impossibilidade de resolverem estes conflitos internos lançam mão de um meio triste para resolução de seus problemas, o suicídio como um sinal de alerta para preservação da história e cultura do povo Guarani e Kaiowá.

O NEGRO E O INDÍGENA: RESGATE CULTURAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE

Sirlei Bortolini, Raquel Margarete de Avila, Juliano Paines Martins

Palavras-chave: negros, indígenas, culturas e saúde

O Brasil é considerado o país com a formação populacional mais miscigenada e isto se deve as contribuições que os povos colonizadores nos deixaram. Podemos destacar duas etnias que desempenharam papel relevante na formação da cultura brasileira: os indígenas e os negros africanos. Sabe-se que os indígenas já habitavam nosso território bem antes da chegada dos portugueses e espanhóis enquanto que os negros africanos foram trazidos de seus países de origem para servirem como escravos. Ambos tiveram suas crenças e liberdades violadas a partir do movimento colonizador. Índios e negros sofreram a anulação de suas culturas para atuarem na colonização brasileira. Por décadas, estas duas etnias não foram consideradas humanas e tão pouco respeitadas pelas suas crenças, cultura e saber, eram somente utilizados nos trabalhos escravos e de grandes esforços. Nessa época as mulheres

negras sofriam muito pelos maus tratos ou pela violência dos senhores, sendo usadas para o deleite dos mesmos e forçadas a se deitar com eles satisfazendo as suas volúpias sexuais. Com isso, muitas ficavam grávidas sem vontade própria e para solucionar o problema provocavam abortos por estarem grávidas dos patrões; outras eram obrigadas a forçar o aborto de seu filho querido para servirem como amas de leite para os filhos de seus opressores ou até optavam pelo aborto com o propósito de oferecer aos seus filhos uma vida digna, diferente daquela em que se encontrava. Com essa prática, muitas mulheres morriam ou enfrentavam muitos problemas de saúde. Essa realidade não está muito distante da situação atual, pois as mulheres negras da atualidade por enfrentarem muitos preconceitos possuem dificuldades em ter um emprego digno e rentável, e se estiverem grávidas essa situação se agrava ainda mais, por isso recorrem ao aborto para permanecer nas atividades produtivas. Em uma recente pesquisa do IBGE (2013) mostra que, o índice de aborto provocado pelas mulheres negras (3,5% das mulheres) é o dobro daquele verificado entre as mulheres brancas (1,7% das mulheres). Percebe-se que essa prática atinge seu maior número entre as populações negras, causado pelo enfrentamento de uma sociedade discriminatória. No Censo de 1980, os dados referentes à saúde indicavam que filhos de mães negras tem maior risco de adoecer e morrer. A expectativa de vida da população negra é de sete anos menor do que a da população branca, ou seja, a vida média do brasileiro branco é de 72 anos, enquanto a de negros é de 65 anos, mantendo esta estimativa desde 1940. Essa realidade é encontrada também no homem negro que devido aos preconceitos ocupa posições sociais de menos valia, devendo executar serviços braçais e insalubres, agravando seu estado de saúde e sua capacidade produtiva. Também verificamos esses perfis entre as

tribos indígenas que foram sendo dizimadas por questões religiosas, de posses e por doenças infecciosas, mesmo sabendo que o índio não se deixou escravizar por muito tempo e devido a sua luta pela liberdade, foram considerados "selvagens" e "não sociáveis", porém ficaram sequelas sociais que perpetuam até hoje. Estimou-se que a população indígena do Brasil, no século XVI, era de 5 milhões de pessoas e segundo dados do IBGE 2015, atualmente restam em torno de 800 mil pessoas somente. Esse impacto foi proporcionado pelas mudanças de seus hábitos, pela imposição do cristianismo ou da colonização que fazia com que esse povo trabalhasse como escravos em serviços pesados. Muitos deles vieram a falecer pela perda da autoestima causada pela desestruturação social, econômica e dos valores coletivos ou por terem adquirido doenças que não tinham como ser tratadas pelas suas práticas curativas. A medicina indígena compreende que a doença e as patologias encontram-se no corpo, na mente e no espírito, mas é no corpo que se dão as manifestações dos espíritos. Os indígenas possuem especialistas na área da saúde que podem ser chamados de pajés, xamãs, benzedores, curadores, curandeiros. Atualmente, a medicina indígena é um recurso para a cura de enfermidades graves, quando foram esgotados os recursos científicos, porque lida, principalmente, com a fé. Da mesma forma, os negros através de sua cultura trouxeram benefícios para a saúde brasileira. Somos o segundo país do mundo mais povoado por africanos, estes, apesar de não terem conseguido preservar originalmente a sua cultura devido à repressão do escravismo, influenciaram fortemente na formação da cultura brasileira por meio da culinária, musicalidade, no teatro e na religião. Nas questões de saúde o povo africano teve uma menor contribuição, porém sabe-se que também utilizavam curandeiros, quimbandeiros, feiticeiros que eram chamados na ausência

dos médicos itinerantes, que só percorriam de tempos em tempos as fazendas. "Os negros servem-se, em geral, de remédios baseados nas credences que trouxeram da pátria, atravessando o mar, e que conservam zelosamente", escreve o médico Johann Emmanuel Pohl, em 1818. Com o propósito de levar esse conhecimento para as classes educacional e da saúde, buscou-se dados que evidenciam os costumes do povo negro e indígena relacionando as expertises utilizadas e as práticas culturais aplicadas na cura, os quais geraram resultados positivos, para serem divulgados em âmbito educacional e da saúde. O Núcleo de Estudos Afro-brasileiros e Indígenas – NEABI do Instituto Federal do RS – campus Bento Gonçalves vem trabalhando esse tema junto aos alunos do instituto e com as demais escolas da região. Com isso, o presente trabalho objetiva demonstrar uma pesquisa realizada pelos integrantes do NEABI do IFRS Campus Bento Gonçalves- RS em conjunto com o Programa das Plantas Medicinais do IFRS- Bento Gonçalves, na busca pelo reconhecimento étnico-botânico das plantas medicinais utilizadas pelos indígenas e afrodescendentes no cuidado à saúde. Em vista disso foi realizada uma pesquisa bibliográfica obtendo-se maior embasamento teórico, resgatando o uso e costumes desses povos na utilização dos meios naturais e das ervas fitoterápicas para a produção e manutenção da saúde levando para o meio escolar a contribuição que essas etnias proporcionaram para a formação de nossa sociedade. Por muito tempo a educação brasileira foi orientada a suprimir estas influências até chegar ao ponto da indubitável aceitação. A lei 10.639 foi sancionada em 2003 e instituiu o ensino da cultura e história afro-brasileiras e africanas e a lei 11.645 como lei complementar a lei 10.639, acrescenta o ensino da cultura e histórias indígenas estabelece o ensino da cultura africana e indígena não apenas como orientação para o combate a discriminação

racial, mas como reconhecimento e valorização das matrizes na formação da cultura do povo brasileiro. Para nortear o cumprimento da legislação, o Conselho Nacional de Educação aprovou em 2004 e o Ministério da Educação (MEC) homologou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para educação das relações étnico-raciais. Pelas diretrizes, o ensino deve ter três princípios: consciência política e histórica da diversidade; fortalecimento de identidades e de direitos; ações educativas de combate ao racismo e às discriminações. Buscando integrar a comunidade escolar e levar os conhecimentos práticos e da vivência usual procura-se com esse trabalho provocar reflexões sobre as multi influências, em especial as dos afrodescendentes e indígenas, que agregam conhecimentos culturais aos nossos costumes e junto com a comunidade científica traçar metas para haver uma sociabilidade de saberes a serem praticados para melhoria da saúde da população em geral, pois pensar em saúde é pensar em equidade e a diminuição de desigualdades.

O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ENFERMEIRO ESPECIALIZADO EM CENTRO CIRURGICO ATUANTE NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Nádia da Costa Sousa, Gabriele Pedroso Vasconcelos, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Enfermagem, Especialização, Centro Cirúrgico

APRESENTAÇÃO: O centro cirúrgico é uma área física do hospital, com uma equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo adequado à execução do processo cirúrgico. Ele visa atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada.

Considerando o elevado número de procedimentos realizados e a complexidade da unidade, exige do enfermeiro além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica e estabilidade emocional. Em 1889, nos Estados Unidos da América (EUA), a enfermagem da sala de operação (SO) foi considerada uma área de especialização, tornando-se a primeira especialidade na enfermagem. Nas primeiras décadas do século XX, o enfermeiro de SO era responsável pelo preparo do ambiente cirúrgico, auxílio da equipe médica e orientação de estudantes de enfermagem. Como se percebe, a especialidade de centro cirúrgico foi sendo desenvolvida em campo prático. O início de enfermagem em centro cirúrgico, no Brasil, ocorreu devido à ausência de pessoal capacitado para atender as necessidades da equipe médica, principalmente em relação ao preparo da SO, artigos médico/hospitalares e equipamentos. O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico nasceu para atender as necessidades da equipe cirúrgica, isto é, houve a necessidade de desdobrar o trabalho médico ao organizar uma unidade onde fossem realizadas as cirurgias, bem como preparo de materiais e equipamentos indispensáveis ao procedimento cirúrgico, assim a enfermagem assumiu a prática no centro cirúrgico, principalmente para fiscalizar o serviço, no sentido de verificar o comprimento adequado das técnicas. MÉTODO: Para a realização deste trabalho realizou-se uma entrevista através da aplicação de um questionário com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a um profissional de enfermagem especializado em Centro Cirúrgico na cidade de Santarém-Pará, objetivando entender melhor a rotina do profissional em centro cirúrgico, assim como o nível de satisfação na área atuante. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Considerando inexistir no COFEN uma lei

que regulamenta-se a Instrumentação Cirúrgica como ação privativa de qualquer profissão existente no contexto da área de saúde. Em 1998, foi aprovado um parecer do Conselho Nacional de Saúde, nos autos do processo 25000.0.10967/95-385, que aprova ser a instrumentação cirúrgica uma especialidade/qualificação, a ser desenvolvida por profissionais com formação básica na área de saúde. A especialidade em centro cirúrgico a partir de então vem sendo ofertada em diversas instituições na cidade de Santarém-Pará, é contemplada com um curso de especialização em Bloco Cirúrgico, ofertado pela Instituição de Ensino Superior Esperança (IESPES), tendo uma carga horária de 380h, com uma matriz curricular específica e compatível aos demais cursos, conforme a Instituição Estácio, que aborda os conteúdos de: Gerência de Enfermagem no Bloco Cirúrgico; Trabalho de Enfermagem em Central de Material de Esterilização; Sistematização do Cuidado de Enfermagem em Centro Cirúrgico; Sistematização do Cuidado de Enfermagem transoperatório; Sistematização do Cuidado de Enfermagem em Recuperação Pós-anestésica. A linha de atuação de um profissional da enfermagem especializado em centro cirúrgico na região se dá em diversas áreas e com inúmeras oportunidades, o mesmo pode trabalhar tanto na assistência, quanto na supervisão e no gerenciamento, pode atuar também no centro cirúrgico e no setor de urgência. Partindo do princípio que o enfermeiro é um profissional de extrema importância na atuação do centro cirúrgico, aplicou-se um questionário com um enfermeiro atuante na área. A entrevistada cujo codinome será Simplicidade, possui 33 anos, sexo feminino, especializada em centro cirúrgico, feita na instituição FACIMAB, no ano de 2009, sendo presencial no Município de Marabá. Relatou que a grande dificuldade encontrada pela maioria dos recém-formados é falta de experiência

após o término da graduação, porém levou apenas 3 meses para ingressar no mercado de trabalho não tendo encontrado dificuldade, pois durante academia recebeu orientações quanto a diversas especialidades. Hoje Simplicidade é contratada e trabalha no seu atual emprego a 4 anos, tendo renda mensal R\$ 4.500, carro próprio, com carga semanal de 45h, possui sua especialidade registrada no COREN. Simplicidade relatou que Santarém está começando a oferecer aprimoramento de qualidade, facilitando assim a capacitação de profissionais interessados em atuar nesse campo de trabalho, enfatizando também que uma especialização de qualidade enriquece um currículo. Evidencia-se que o centro cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil do enfermeiro desse setor, requer desse profissional capacitação para a implantação de ações que atendam a essas mudanças. Simplicidade relata que as oportunidades ou formas de aperfeiçoamento profissional que Santarém oferta está crescendo, citou as pós-graduações presenciais que temos em Santarém, mencionando também as 'à distância' que são de excelente qualidade, acrescentando as residências que estão sendo oferecidas na cidade. A rotina de todo profissional de saúde é muito exaustiva, tendo que realizar diversas tarefas durante seu período de trabalho, sua rotina de trabalho sempre se inicia na observação de tudo que irá acontecer no dia, através da análise do mapa cirúrgico por cada especialidade, verificar se as enfermeiras avaliaram a situação de cada paciente, se tudo está organizado para que assim os protocolos de cirurgias seguras sejam seguidos, percorre as salas para averiguar se algo está vencido, se a escala está correta, se alguém irá faltar, verificando também a alimentação de todos os profissionais do centro cirúrgico. Para a entrevistada o enfermeiro contém um papel

de extrema importância no centro cirúrgico, exercendo autonomia em relação à entrada de pacientes em procedimentos cirúrgicos, coordenando toda a equipe de enfermagem e técnica, gerenciando os médicos analisando se as cirurgias estão acontecendo em tempo hábil e com a qualidade necessária. O centro cirúrgico é uma especialidade que oportuniza um grande crescimento profissional, abrangendo diversas áreas em que o enfermeiro pode atuar Simplicidade afirma que dependendo do senso de liderança do enfermeiro, este pode conquistar novos encargos que vão além das suas especialidades, ela exemplifica uma enfermeira assistencial que possui essa característica, esta pode ser promovida a supervisora e posteriormente ao gerenciamento de todo o centro cirúrgico, pois o leque de áreas que o enfermeiro pode atuar é extenso. Fazer uma pós-graduação em centro cirúrgico é muito compensador Simplicidade recomenda esta especialidade, pois se trata de uma área muito boa inicialmente pelo fato das diversas oportunidades, sendo uma área promissora onde é possível verificar o avanço da tecnologia por meio de novos equipamentos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo teve como objetivo mostrar como se dá a importância do centro cirúrgico, e ainda do trabalho do profissional especializado, sobretudo para fiscalizar o serviço de enfermagem, no sentido de verificar o comprimento adequado das técnicas. Aborda de uma forma clara e precisa suas funções e cargos que o enfermeiro pode atuar, levando em conta sua rotina de trabalho, perfil socioeconômico e sua satisfação. O mesmo acomete sobre pós-graduações, especialidades e as dificuldades enfrentadas por recém-formados no mercado de trabalho. Acredita-se que o estudo apresentou pontos importantes e esclarecimentos.

O OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL AO ADOLESCENTE NA AMBIÊNCIA ESCOLAR

Alessandra Pacheco Braga, Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva, Noelle Pedroza Silva, Samara Cristina Rosa de Lima

Palavras-chave: terapia ocupacional, adolescente, emoções, medo

INTRODUÇÃO: A adolescência é um período do desenvolvimento humano, de transição de criança para fase adulta. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) define a faixa etária adolescente entre as idades de 12 anos completos aos 18 anos. Nesta fase do desenvolvimento o adolescente passa por várias mudanças inerentes a sua vontade, de ordem biológica, física e psíquica. São transformações no corpo, na fala, no comportamento. Essas mudanças são gradativas e muito singulares a cada ser humano. Ações e reações comportamentais que diferem a cada grupo que este adolescente está inserido, podendo ter comportamento afetuoso no grupo familiar e agressivo no ambiente escolar ou vice-versa. O primeiro por se tratar do coletivo, o adolescente sofre influência de seus pares na escola, na família e comunidade, requer atenção redobrada a este ser humano em fase de transição adolescente/jovem/adulto (a), pois, é no ambiente escolar que este adolescente está livre no seu pensar com seus pares. Muito se fala dos jovens que queremos para sociedade na perspectiva do adulto que se deseja para o futuro do país, cabe um olhar cuidadoso às problematizações das temáticas de gênero, sexualidade, étnico-racial, religião, violência, drogas. Nesse sentido a Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior que tem como meta estudar e cuidar pelo fazer humano, respeitando e explorando sua práxis, ela cuida pelo fazer, encontra o ser e favorece o bem estar do seu cliente, sendo

a ciência que estuda e analisa a atividade humana. No campo do saber é conhecedor do comportamento natural desta faixa etária, sendo agregadora de valores a equipe escolar, estimulando o pensar em crescimento para o conhecimento, norteando a curiosidade típica desta faixa etária, ao identificar, ele interferiu em qualquer alteração nas ocupações da criança e auxilia no processo de aquisição ou de recuperação de atividades que são necessárias para o seu bem estar. **OBJETIVO:** Compreender a história de vida de seus colegas a partir da sua; respeitar as diferenças (gênero, etnia e costumes) das famílias, grupos e povos; Desenvolver habilidades sociais; favorecer e conscientizar o aluno de sua cidadania e a conscientização da valorização de si. **METODOLOGIA:** Pesquisa de cunho qualitativo por ser um meio de produção de conhecimento que não busca mensurar, medir, mas sim, compreender e buscar explicações a valores e significados num meio social. Neste tipo de pesquisa, centra-se em levantar todos os elementos que possam contribuir para a compreensão e explicação do que se está investigando e, neste processo, “as subjetividades do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados são parte do processo de pesquisa” (FLICK, 2004, p. 22). Assim ao se entrar na escola com a proposta de elaborar um projeto terapêutico ocupacional que atendesse as particularidades do público da adolescência, intervimos. Portanto procurou-se responder a seguinte questão: Como desenvolver um projeto de mediação sociocultural para a adolescência de forma compartilhada entre profissionais da escola, alunos e terapia ocupacional, cujo foco é identificar os conceitos de violência, homofobia, gênero a partir da Terapia Ocupacional? Nesse sentido, utilizou-se para coleta de dados, oficinas de estímulo sócio afetivas, as quais tinham como meta promover o desenvolvimento cognitivo,

discutir valores étnicos culturais. Os dados foram obtidos em rodas de conversa, e pela técnica de grupo focal que se caracteriza pela coleta de dados originalmente proposta pelo sociólogo Robert King Merton (1910 - 2003) com a finalidade de obter respostas de grupos, a textos, filmes e questões. A escuta cautelosa em grupo ou individual, realizando recortes positivos para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes como vista a compreender a visão dos alunos quanto a homofobias, violência física e psíquica. Desta maneira, conforme estudo de Gomes (2005, p. 179) o grupo focal favoreceu, aos alunos, externarem seus sentimentos, opiniões e reações que resultariam em novo conhecimento. Para análise dos dados optou-se pela a de conteúdo de Bardin (1977), onde a autora se aprofunda na questão do método e das técnicas, respectivamente, esclarecendo que esta se divide em: a organização; codificação de resultados; categorizações; inferências; e, por fim, a informatização da análise. Ocorreu a preocupação e o compromisso ético sobre a participação e envolvimento dos sujeitos da pesquisa, bem como, na produção do documento (TCLE) para que os pais e os alunos pudessem entender a intervenção e autorizá-la. **RESULTADOS:** Trata-se de resultado preliminar da pesquisa, cujo foco é compreender como os alunos enfrentam as diferenças dentro da sala de aula. Participam dessa pesquisa alunos de 6^a a 9^a série do ensino fundamental de uma escola na zona oeste do Rio de Janeiro. Foram atendidas 8 turmas com média de 28 alunos por turma, havendo pouca repetição de turma. As oficinas ocorrem uma vez por semana, com duração de 45 minutos, onde são abordados assuntos ligados a sentimentos e a comportamentos dos alunos frente ao seu viver. Os dados coletados são obtidos por escrito, verbais e pela linguagem corporal. Já participaram desse projeto alguns professores que não

interferiram nas dinâmicas, enquanto outros se retiraram do projeto. O que demonstrou no segundo grupo que alunos se fecham e não verbalizam o que realmente querem expor em relação a seu modo de ver e sentir as coisas. Questões referentes à escola, não são veiculadas nas oficinas, pois sua meta é identificar as histórias e as experiências de vida, de cada aluno. Com o material obtido na roda de conversa e no grupo focal, optou-se por criar uma única categoria o medo, pois foi o sentimento mais expresso em todas as salas. O medo mais verbalizado entre os alunos foi o de perder a genitora, que segundo Winnicott (1983) o mesmo o vincula ao profundo sentimento de amparo, frente às adversidades sofridas ou percebidas pelos alunos em seu ambiente familiar e do seu entorno. Para esse pesquisador o medo tem percorrido um caminho de apropriações de sentido antes de chegar ao campo da saúde, mas como fenômeno social. Palavras como “ficar sem minha mãe é a ideia que mais me atemoriza”, ou “Já perdi muitas coisas, mas acho que nada se compara a perder uma mãe” ou “Se perder minha mãe eu morro”. Ao serem questionados sobre esse sentimento, os alunos traduziram nas seguintes palavras: segurança, amparo, cuidado, carinho. Portanto as oficinas de Terapia Ocupacional têm oportunizado aos alunos verbalizarem e analisarem seus sentimentos, porém para alguns ainda é muito difícil entender o que é sentimento. **CONCLUSÃO:** Faz-se necessário dar continuidade a essas oficinas para que os alunos consigam interpretar as avalanches de sentimentos e comportamentos que desabrocham nesses momentos.

O OLHAR DO TRABALHADOR EM SAÚDE SOBRE A MODALIDADE DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Thais Paulo Teixeira Costa, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: (Educação a distância, educação permanente, aluno, motivos de escolha, saúde)

APRESENTAÇÃO: A sociedade moderna parece viver um conflito desenfreado com o tempo e, nessa relação turbulenta, a tecnologia aparece como mediadora de ansiedades. A ordem dos relógios, aparentemente, passa a impulsionar novos desejos e sonhos de tal forma que duas palavras aparecem como protagonistas: Inovação e Tecnologia. Na sociedade do conhecimento e da informação, ressaltada por Castells (1), a educação assume o papel de destaque na medida em que se reconhece que o conhecimento é o combustível da tecnologia, como afirma Toffler (2). Tendo essa afirmação como ponto de partida, é possível dizer que inovação, a tecnologia e a educação estão intrinsecamente relacionada. Nesse contexto, a qualificação da força de trabalho não pode ser vista apenas como uma demanda do próprio trabalhador, mas também como uma necessidade dos serviços de saúde que precisam de trabalhadores que compreendam as exigências de um tempo de constantes mudanças. Na área da gestão do trabalho e da educação na saúde, a situação não se apresenta de forma diferente. Nesse sentido, o setor responsável pela coordenação da área assume a importante missão de viabilizar a política de educação permanente na instituição e garantir a existência de instrumentos e estratégias de gestão do trabalho, na perspectiva de valorização do trabalhador e da qualificação dos serviços prestados à população. Logo, ressalta-se que os profissionais do referido setor devem estar capacitados para cumprirem a missão estabelecida. Com o propósito de qualificar os citados profissionais, foi concebido o Curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), fruto

de uma parceria consolidada entre o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio do Observatório de Recursos Humanos, estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil. De acordo com Castro, Vilar e Liberalino (3), CGTES se caracteriza por ser direcionado à qualificação de gestores do trabalho e da educação do Sistema Único de Saúde, utilizando a modalidade de Educação a Distância (EAD) como uma estratégia educacional capaz de atingir maior número de profissionais envolvidos direta e indiretamente, nesse campo de atuação. Nesse sentido, Castro et al. (4), alerta que a “EaD tem o potencial de ampliar, cada vez mais, a inclusão educacional. Contudo, o foco não deve ser apenas ofertar cursos e ampliar a abrangência de cada curso”, mas sim, “propiciar aos alunos uma aprendizagem que tenha como característica a autonomia e a interatividade”. Para Belloni (5), a EaD surge como caminho incontornável, como uma nova solução de melhoria da qualidade do ensino, no sentido de adequá-lo ao século XXI. Tendo como base os posicionamentos dos autores citados e o contexto de realização do CGTES, apresenta-se o objetivo deste trabalho: identificar os motivos que levam o trabalhador e o gestor de saúde a eleger um curso desenvolvido na modalidade de Educação a Distância para sua capacitação. MÉTODO DO ESTUDO: Este artigo é parte de Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Graduação em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde/Saúde Coletiva da UFRN. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015. Foram sujeitos da investigação os alunos do curso de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde, da UFRN, da turma do estado de Goiás. A entrevista foi a técnica de coleta de informação utilizada. Foram entrevistados todos os alunos que se disponibilizaram a conceder a entrevista e foi utilizado o critério de saturação das respostas. As entrevistas foram realizadas “ao vivo” ou via Skype”, dependendo da disponibilidade do entrevistador e do entrevistado. Foi elaborado um roteiro com questões abertas para fins de orientação do entrevistador. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (6). O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética, conforme determinado pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo e quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que trata da participação voluntária e anônima. RESULTADOS: A análise das entrevistas revelou que a EaD pode ser uma estratégia a ser utilizada pelos programas de educação permanente das instituições de saúde na perspectiva de garantir a participação dos gestores e equipes gestoras nos processos de capacitação, devido a sua flexibilidade de horário e da possibilidade de realizar os estudos em qualquer espaço, sem, no entanto, esquecer o critério da qualidade. Os dados empíricos da pesquisa corroboram estudos como o de Fiuza e Sarriera (7) que destacam a flexibilidade de horário e a possibilidade de conciliar outros afazeres com os estudos, como alguns dos elementos que atraem o aluno para os cursos desenvolvidos a distância. Portanto, considerando que a força de trabalho do SUS está distribuída em todos os municípios, e que muitos dos trabalhadores e/ou gestores têm dificuldade para serem liberados pelo serviço, essas características da EaD são muito valiosas para os programas de educação permanente das instituições de

saúde. Outro dado importante, evidenciado, destaca que associação das Tecnologias Educacionais com as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação podem propiciar aos alunos uma aprendizagem que tenha como características a interatividade e autonomia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A demanda por conhecimento se intensificou com as alterações decorrentes do mundo globalizado e seus constantes avanços tecnológicos. Nesse contexto, a EaD se apresenta como uma possibilidade para o ensino não só no Brasil, mas em todo o mundo. No setor saúde, a EaD pode fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente, possibilitando uma formação de qualidade aos trabalhadores que encontram-se nos mais distantes serviços de saúde, oportunizando trocas de experiências em diversas realidades. Ao concluir este trabalho, compreende-se que os alunos, ao escolherem a EaD, reconhecem que ela se ajusta às suas necessidades de ser um trabalhador ou gestor da saúde sem, no entanto, prejudicar a qualidade necessária aos processos educacionais. Acredita-se que este estudo poderá contribuir nas avaliações dos cursos a distância, como também para a reflexão das instituições de saúde sobre as potencialidades da Educação a Distância enquanto uma estratégia que poderá apoiar as políticas de educação permanente do SUS.

O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USUÁRIO DE ÁLCOOL E A INVISIBILIDADE DAS REDES VIVAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Rinaldo Alves Batista, Dilma Lucena de Oliveira, Luciano Bezerra Gomes, Suely Mororó Marinho, Sandra Barbosa Ferraz

Palavras-chave: cuidado, saúde mental, álcool e outras drogas

O presente trabalho tem como objetivo lançar um debate sobre a invisibilidade dos profissionais de saúde frente à potência de vida de usuários de álcool e outras drogas e sua implicação para a produção do cuidado que fortaleça as conexões de vida do sujeito. Trata de um produto da interferência da pesquisa Observatório Nacional da Produção do Cuidado à luz das redes temáticas do SUS: avalia quem pede, quem faz e quem usa, financiada pelo Ministério da Saúde, e desenvolvida junto com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa. A interferência que a pesquisa produz é marcadamente a possibilidade, construída no encontro entre universidade e profissionais de saúde, de colocar em análise o trabalho cotidiano à luz da produção do cuidado, tornando todos os sujeitos nele envolvidos pesquisadores e avaliadores desta produção (GOMES; MERHY, 2014). Neste movimento de educação permanente inerente à perspectiva de pesquisa compartilhada ora assumida, são produzidos novos olhares para o cuidado, para o trabalho e para os sujeitos neles envolvidos, sejam pesquisadores, profissionais ou usuários. Assim, esta pesquisa-interferência se desenvolve a partir do acompanhamento do cuidado produzido no trabalho compartilhado entre um técnico do CAPS III de João Pessoa, dois 2 agentes comunitários de saúde (ACS) e uma enfermeira da equipe de saúde da família (eSF) para uma família com demanda em saúde mental. Este acompanhamento se desenvolve durante quatro horas semanais, entre os meses de fevereiro e agosto de 2015, sendo possível participar de reuniões do CAPS III e entre o profissional deste serviço e eSF, visitas domiciliares à família, produção de um projeto terapêutico compartilhado entre a matriarca da família e profissionais

do CAPS III, CAPS ad, Consultório na Rua e NASF, além de realizar conversas com profissionais e usuários sobre suas experiências nesse processo de cuidado. Toda a experiência foi registrada em diário de campo pelas pesquisadoras e algumas conversas e reuniões foram gravadas com o consentimento dos sujeitos presentes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo atendidas todas as exigências éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todo o conjunto de dados produzido nesses encontros foi processado em reunião com o grupo de pesquisa e com alguns trabalhadores mais diretamente nela envolvidos, tendo como suporte os referenciais teóricos da micropolítica do trabalho em saúde (CAMPOS; MERHY, 1996). Num primeiro momento, o CAPS III atende ao encaminhamento da família, realizando visita domiciliar, identificando três sujeitos com demanda em saúde mental e realiza a administração de medicação de depósito. Contudo, apesar da família, inicialmente e sob pressão dos profissionais, acolher esta oferta, deixa clara a recusa tanto do cuidado medicamentoso quanto institucional no CAPS. A partir dessa recusa, um profissional do CAPS passa a reunir-se com a ESF para pensar outras ofertas de cuidado territorializadas e neste momento é aberta a possibilidade de conhecer efetivamente a família. Foi possível, assim, dar ouvidos para as falas dos familiares e dos ACS que são da comunidade e convivem com a família desde a infância. Neste momento, é possível conhecer Negro-Gato, um dos membros da família que faz uso de álcool. Ele tem 40 anos e começou a beber abusivamente por volta dos 25 anos quando passou a trabalhar na companhia municipal de coleta de lixo, a partir da influência de colegas que bebiam para suportar o mal-cheiro do caminhão de lixo. Começou neste emprego com seu irmão que atualmente está para se

aposentar nesta empresa, mas foi demitido anos depois por faltar o trabalho devido à bebida. Quando está consumindo álcool, passa a maior parte do tempo no mercado do bairro junto com outros viventes da rua. Tem um grupo de amigos que bebem no bairro e há relatos de que tem uma namorada neste grupo. Quando bebe álcool, preferencialmente cachaça, não gosta de comer nem beber água. Por isso, alguns dias depois fica bastante desidratado e emagrecido. Quando se percebe debilitado, Negro-Gato volta para casa e passa uns dias sem beber, se alimentando e hidratando. Ele também suspende a bebida quando consegue algum trabalho (bico), ou quando há alguma demanda de cuidado de sua família, como quando seu irmão faleceu, ou quando seu outro irmão lhe convocou para pintar a casa e para limpar o quintal. Também não bebeu quando a equipe de saúde agendou com ele uma visita. Ao dar visibilidade a esses movimentos de Negro-Gato, os profissionais puderam ver além de quem inicialmente era apenas mais um de uma família de loucos, sendo medicalizado pelo psiquiatra do CAPS. Permitiram-se conhecer, então, um sujeito que tem vida social e cuidado consigo e com a família que na nova concepção de saúde constitui-se um espaço potente na produção do cuidado (BRASIL, 2013) Foi possível então escutar e acolher sua demanda de cuidado, a partir da qual, mesmo reconhecendo que fazia uso danoso de álcool, não desejava abstinência, nem intervenção medicamentosa que lhe “deixava avoadado”, sem conseguir trabalhar. Neste momento, foi possível à equipe reconhecer e demandar apoio para as equipes do Consultório na Rua e do CAPS ad, para a produção de cuidados mais sintonizados com os desejos de vida de Negro-Gato, que passava pela manutenção do uso do álcool e pela vivência na rua. A interferência da pesquisa se produziu em várias direções. Na equipe, que a partir da

recusa de Negro-Gato a um determinado modo de cuidado, produz novos olhares sobre este sujeito. E em Negro-Gato que na última visita realizada pela pesquisa (pois a equipe de saúde continua com o cuidado), recebe seus cuidadores animadamente, de banho tomado, há dois meses sem beber e com alguns quilos a mais, afirmando que queria se cuidar. Portanto, este acompanhamento da produção do cuidado em saúde nos revelou que os sujeitos produzem a cada dia infinitas possibilidades e conexões de vida, com, sem, ou mesmo apesar, dos profissionais de saúde. Produzir um cuidado que reconheça e legitime a autonomia do sujeito no seu modo de levar sua vida, implica em reconhecê-lo protagonista de sua própria história e da produção de seu cuidado. Este reconhecimento, por sua vez, se torna possível quando o profissional se permite olhar o sujeito, pondo a doença entre parênteses, dando visibilidade para os diferentes modos dos sujeitos de inserirem-se no mundo e construir suas redes vivas de cuidado.

O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF E SUA POTÊNCIA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

Adilson Ribeiro dos Santos, Alba Benemerita Alves Vilela, Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Nathalie Oliveira Gonçalves, Edmilson Alves Santos, Tilsom Nunes Mota, Túlio Batista Franco

Palavras-chave: Trabalho, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada

INTRODUÇÃO: Como palco de produção do cuidado, a Estratégia Saúde da Família – ESF traz um processo de trabalho alicerçado nos pilares da promoção e vigilância da saúde, assim como da clínica, compondo este conjunto a produção do cuidado. Em

sua gênese, o Programa Saúde da Família – PSF foi formulado como programa, posteriormente definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF. Com um modelo que coloca o profissional dentro de diversas realidades dos usuários, rompendo com uma estrutura fria (salas climatizadas), branca (existência de equipes nas mais diversas periferias), ditatorial (prerrogativa de um modelo dialógico, dentre outras), a ESF possibilitou uma maior atuação na micropolítica, ou seja, nas questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, sendo estes os elementos que configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva. A ESF representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Essa concepção é uma combinação da gestão da clínica, com a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersectoriais. Com um processo de trabalho centrado na equipe multiprofissional, em um ambiente de constantes trocas, a EPS é uma das ferramentas que tem o potencial de contribuir para a reorientação do modelo de atenção e para a consolidação da ESF como primeiro contato dos usuários ao sistema de saúde e ampliar as possibilidades de resolutividade da mesma. Ribeiro dos Santos e Coutinho (2014) trazem a EPS como uma ferramenta que pode promover a qualificação

da formação, da gestão, do aprimoramento profissional e do controle social como uma das novas modalidades de reorientação do modelo de atenção à saúde. Reconhecendo no processo de trabalho na ESF como um dispositivo na produção de novos saberes das relações entre trabalhador/trabalhador e entre trabalhador/usuário este estudo tem como objetivo analisar a produção de conhecimentos fruto dos encontros produzidos na ESF. MÉTODO: Estudo qualitativo que se ancorou na cartografia como meio para a produção do estudo. A cartografia é um dispositivo de construção de conhecimentos formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari. Em sua aplicabilidade, uma construção cartográfica, possibilita tornar visíveis processos que só são percebidos através do olhar vibrátil, da dilatação do corpo sem órgãos para a captação dos afetos que constroem realidades, a partir dos encontros, da pessoa enquanto singularidade com o mundo. Este estudo aconteceu em uma unidade de saúde da ESF em um município baiano. Participaram todos os trabalhadores da equipe. Os preceitos éticos foram respeitados e para tal, submetido à Plataforma Brasil e aprovado com o parecer de número 479.436. RESULTADOS: O processo de trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, pois acontece no exato momento de criação, ou seja, o cuidado é produzido sempre com base em um encontro, do trabalhador com o usuário, e com os outros trabalhadores. O produto deste trabalho é consumido no exato momento da produção. Esse trabalho resulta do encontro emocionado e criativo entre trabalhador e usuário. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas, sobretudo há, nos espaços relacionais, atos de fala e escuta, toques e olhares que são constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem junto à produção da

saúde. Em uma tarde, dialogando com a equipe sobre a produção de conhecimento no processo de trabalho na ESF foram contornando um mapa das várias maneiras de se produzir conhecimentos nos encontros entre trabalhadores e usuários. Na nossa equipe mesmo, nós temos muito diálogo, assim, um com o outro, principalmente os agentes de saúde, então agente tenta assim fazer um tudo para que não haja diferença no equipe de trabalho. Nós temos uma experiência, um diálogo que não é de hoje trabalhamos assim. Então as informações que temos de trabalho, para os pacientes tem que ter muito diálogo um com o outro. Percebe-se o quanto alguns membros da equipe valorizam o diálogo no processo de trabalho. Adiante, no mesmo momento, as relações permeadas pelas trocas não apenas entre trabalhadores, mas também com os usuários aparece como um dispositivo importante no processo de trabalho na produção de novos conhecimentos. Os conhecimentos novos se dão também da experiência entre profissionais e moradores e a cada dia agente está aprendendo coisas novas. Aqui é a enfermeira chefe, ela traz bastante conhecimento para o posto. Com suas especificidades o processo de trabalho em saúde, considerado vivo em ato, tem a capacidade de promover processos de subjetivação e de criação de novas realidades. A base do conhecimento gerado no trabalho é a experiência, sendo assim, o trabalho é por si só gerador de novos possíveis para o cuidado em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo de trabalho em saúde com sua alta capacidade de se reinventar, pode ser percebido como um local para além da produção do cuidado, mas como um local de produção de novos conhecimentos fruto dos encontros entre trabalhadores e destes com os usuários. Como uma profissional com um histórico nas ações de educação em saúde, a enfermeira aparece como uma profissional

que promove novos conhecimentos na equipe. Desse modo, percebemos que para além de momentos formais, os encontros na ESF possuem a capacidade de deflagrar novos processos de aprendizagens, o que requer novos olhares para os processos de Educação Permanente em Saúde no trabalho em saúde.

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS PRECEPTORES NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Luciana da Conceição e Silva, Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Residência, Saúde, Educação

Este trabalho é parte do estudo realizado para o Trabalho de Conclusão da Residência. Tem como tema o processo de ensino e aprendizagem dos preceptores em uma residência multiprofissional em saúde. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram pensados com o objetivo de contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que podem formar um novo perfil do profissional de saúde preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Elencamos como questão norteadora dessa pesquisa: Como tem sido a contribuição dos preceptores para a formação multiprofissional em saúde dos residentes, através do seu processo de ensino no e pelo trabalho, objetivando a construção de um curso de formação crítica para o SUS? O objetivo geral deste trabalho é analisar o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto de atenção a saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a partir do relato dos preceptores. Os objetivos específicos foram; destacar

as contribuições dos preceptores para a formação multiprofissional na RMSM; e a contribuição na construção do Projeto Político-Pedagógico da RMSM. O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. A metodologia do estudo foi a pesquisa quantitativa e realizou-se a partir dos relatos dos preceptores do HESFA/UFRJ que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Dentro do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. O critério de escolha foi o sorteio aleatório. Utilizou-se o Roteiro de Entrevista Semiestruturada e a Análise de Conteúdo Temático para a coleta e tratamento dos dados. Podemos observar que a maioria desconhece (67%) o projeto; 42% não participaram da construção do projeto; 42% participaram da construção, mas não consideraram a participação substancial com respostas relacionadas de que os preceptores foram chamados a operacionalizar o que fora pensado; e apenas 17% afirmaram ter tido participação efetiva na construção do projeto. Um dado interessante se levarmos em consideração que 67% dos preceptores entrevistados estão inseridos no RMSM desde seu início. Ao serem indagados sobre o planejamento multiprofissional do ensino na preceptoria observa-se que 67% dos preceptores afirmaram que não há planejamento multiprofissional e quando indagamos sobre a prática multiprofissional no próprio HESFA os preceptores encontram dificuldades (25%) por questões estruturais; outros afirmaram que não há integração multiprofissional no instituto (25%) e outros ainda afirmaram que não conseguiram avaliar (25%) tendo em vista que não conheciam o trabalho das outras unidades.

Esses dados demonstram que apesar dos preceptores considerarem que o Instituto e suas unidades são avançados na intenção e em práticas multiprofissionais a realidade aponta que os profissionais possuem muita dificuldade em integrar essas práticas no cotidiano como exemplo do planejamento e do conhecimento da realidade de outros setores do HESFA. Os dados sugerem que os preceptores não estão desenvolvendo, planejando e protagonizando um trabalho que venha a contribuir para um processo ensino-aprendizagem condizente com uma formação profissional voltada aos objetivos propostos pela Residência Multiprofissional. Isto pode estar acontecendo devido à falta de participação mais efetiva dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do curso; pela organização do trabalho que se desenvolve distanciada do molde multiprofissional assim como pela inexistência e fragmentação do planejamento das atividades de ensino. A falta de protagonismo dos formadores preceptores na construção do Projeto Político-Pedagógico abre a discussão para repensar a participação mais satisfatória desses no planejamento pedagógico do curso tendo em vista que esses profissionais são centrais na formação do curso com ênfase prática onde a maior parte do processo de ensino-aprendizagem realizar-se-á nos cenários de prática com a supervisão profissional dos preceptores. Percebemos também, através destes dados, que os profissionais não conseguem planejar e definir objetivos claros para a ação profissional, o que impede que eles utilizem de sua relativa autonomia para sustentarem princípios ético-políticos progressistas nos atendimentos, direcionando os instrumentos utilizados a partir de seu referencial e dos objetivos propostos. Outra tendência observada é a de que os profissionais, por não planejarem e nem refletirem sobre o exercício profissional, acabam por não destacarem as prioridades

de atendimento para a formação dos residentes, reiterando, dessa forma, o que o cotidiano impõe como prioridade, cotidiano este que tem a hegemonia do capital financeiro preconizando práticas meramente curativas e fragmentadas na saúde, além de uma defesa cada vez maior da privatização do setor. Ao refletirmos sobre a avaliação da prática profissional, consideramos que para analisar as consequências do exercício da profissão nas relações contraditórias da realidade faz-se necessário captar as referências ético-políticas e teórico-metodológicas da ação desenvolvida presentes nas estratégias, prioridades e manifestações dos profissionais. Esse tipo de avaliação não é realizada pelos profissionais que se limitam a recorrer à aparência da realidade institucional para analisarem seu cotidiano, demonstrando dessa forma que a reflexão e a relação teoria-prática, essencial a um intelectual especialmente ao vinculado às unidades universitárias, é realizada de forma superficial na realidade de trabalho desses profissionais. Uma prática mediada pelos interesses históricos das massas trabalhadoras não se materializa através da posição verbalmente declarada, mas por um conjunto de ações e mediações que materialize esse posicionamento. Desta forma, destaca-se o planejamento, individual e coletivo da prática assistencial; destacando-se, as ações relacionadas à preparação para a realização das atividades, tendo em vista os fins desejados – o planejamento. Esse processo torna-se um instrumento importante para quem faz opção por uma prática mediada pelos interesses dos trabalhadores, visto que contém a possibilidade de estruturar um conjunto coordenado de ações visando a consecução de determinados objetivos; ou seja, a possibilidade de uma prática que esteja voltada para o acesso às políticas públicas como direito e com controle social. Mas, na sociedade capitalista, o

planejamento, assim como outros, é um instrumento que pode ser utilizado para diversos fins. Entretanto, ao profissional que opta por um projeto de profissão voltado para fortalecer a saúde coletiva na perspectiva da Reforma Sanitária, coloca-se a exigência de planejamento do exercício profissional. Sem planejamento as demandas dos usuários são abordadas como “problemas” a serem resolvidos de modo pontual, sem que sejam apreendidas como expressões da dinâmica da sociedade capitalista. Desta forma, o planejamento torna-se um instrumento essencial que permite estabelecer metas, prioridades e ações necessárias, tendo em vista assegurar uma prática institucional que reverta em ganhos para a população. A falta de planejamento dificulta, ainda, a avaliação da prática profissional e a avaliação dos alunos residentes, uma vez que não se estabeleceram parâmetros, metas e prioridades. Isto influencia na qualidade dos serviços prestados e impede uma formação avaliada nas suas consequências.

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE (PET-SAÚDE): UMA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Ândrea Cardoso de Souza, Malena Storani Rosa, Lirys Cedro Figueiredo, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Educação Permanente, PET, Atenção Psicossocial

O modelo de atenção preconizado pelo SUS vem se consolidando através de mudanças de paradigmas e buscando cada vez mais atender a população de maneira integral, o que exige profissionais de saúde envolvidos com o contexto histórico-social dos usuários e que possam atuar como transformadores

do processo saúde-doença. A partir da parceria estabelecida entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação com o objetivo de estimular mudanças curriculares nos cursos de graduação da área de saúde, de modo a formar profissionais com perfil mais adequado às necessidades do SUS, surgiram nos últimos anos alguns programas de destaque: o Programa de Incentivo às mudanças curriculares das Escolas Médicas (PROMED) de 2001, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (PRÓ- Saúde I e II), instituído desde 2005, e por último e com maior relevância para este estudo, o Programa de Ensino pelo Trabalho (PET-Saúde). Tendo como pressuposto a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e uma qualificação por meio do trabalho, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, no ano de 2008, implementa uma nova estratégia para a formação de profissionais mais qualificados para a atuação no SUS: PET-Saúde, que tem como alguns de seus objetivos, contribuir para a formação de profissionais adequados às necessidades do SUS e favorecer a fixação de profissionais de saúde nos serviços. Instituído pela Portaria Ministerial MS/MEC nº 1.802/08, o PET-Saúde é direcionado às Instituições de Educação Superior (BRASIL, 2009). Destacando a importância da formação de profissionais cada vez mais implicados para a adoção de um trabalho articulado em rede e na rede e de acordo com as reais necessidades do SUS, o PET- Saúde constitui-se em um dispositivo para viabilizar programas de educação em serviço dos profissionais de saúde, estimulando sua constante qualificação e tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas que atendam às demandas da população. O PET-Saúde tem servido como uma ferramenta para a aproximação das políticas públicas de saúde e a prática dos profissionais em suas próprias áreas de atuação (CEZARIO, 2013). Esse encontro com a prática além

de favorecer aquisição de experiências, visa desenvolver projetos que contribuam não apenas para sua formação quanto para, em articulação com outros profissionais, criar mecanismos que contribuam para um melhor funcionamento dos serviços a que estão vinculados. O mundo do trabalho, então, é aqui reconhecido como possibilidade de aprendizado. Nesse sentido o programa encontra-se contextualizado na Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) que defende o conceito de aprendizagem-trabalho como sendo aquela que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e propõe que o processo de educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho, pautando a necessidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Tanaka et al. (2012) afirmam que o PET-Saúde é um instrumento para qualificação do serviço profissional e incentiva a integração ensino-serviço-comunidade, a institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais do serviço e o estímulo para a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na Universidade. Pizzinato et al. (2012) reforçam que com a entrada em cena de docentes e estudantes atuando junto com os trabalhadores, há certamente uma oxigenação, uma motivação que apontam para a alteração na cultura estabelecida, devendo essas serem avaliadas. O objetivo deste estudo constitui-se em avaliar se o Pet-Saúde constitui-se num dispositivo de educação permanente dos profissionais/preceptores dos serviços de saúde e identificar as ações do Pet-Saúde que os preceptores reconhecem como sendo de Educação Permanente. Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida nos serviços da rede pública de saúde mental desse município que são vinculados

ao PET-Saúde Mental. Os participantes da pesquisa foram seis profissionais de saúde que atuam como preceptores do Pet- Saúde Mental no Município de Niterói. Para coleta de dados foi utilizada como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada com esses profissionais. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense e recebeu parecer favorável nº 862.452. Todos participantes do estudo reconhecem o Pet como uma ferramenta de educação permanente. Acreditam que a proposta entre serviço, universidade e comunidade os colocam em movimento de aprendizado, na medida que requer um constante repensar das práticas. Relatam que consideram os espaços de discussão coletiva entre os integrantes do PET (alunos, docentes e profissionais) como a ferramenta mais potente para a EP. É necessário investimentos em dispositivos que permitam uma melhor formação e qualificação do profissional de saúde. Por um lado critica-se o processo de formação dentro das universidades por ser muita das vezes desvinculado da realidade dos serviços de saúde. Por outro, o fato dos profissionais de saúde reproduzirem um modelo centrado na doença, o que dificulta o estabelecimento de um espaço de formação mais criativo. A Política Nacional de Educação Permanente, aprovada em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, destaca o papel do Sistema Único de Saúde de ordenador da formação dos profissionais de saúde, devendo promover seu desenvolvimento científico e tecnológico. Considera a educação permanente um dispositivo pedagógico capaz de efetuar, no setor da saúde, relações orgânicas entre ensino e serviços e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2009). Ceccim (2005) ressalta que a produção dessa política representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde

coletiva no Brasil, que seria a de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Afirmar ser uma estratégia fundamental às transformações no trabalho, capaz de torná-lo um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Trata-se de se permitir aprender de novo, de questionar um fazer que já é dado como certo e repensar se ele pode ser realizado de outra forma. Não é, contudo, tarefa fácil para um profissional, tomar o saber acumulado em sua formação e reinventá-lo ou readaptá-lo ao cotidiano sem que haja um exercício, um incentivo a essa prática, o que, muitas vezes, gera resistência por aqueles que executam o trabalho. Mudanças exigem envolvimento de diversos fatores, articulados entre si. Incorporar a educação permanente no fazer cotidiano significa reconhecê-la como política a ser adotada não apenas pelos profissionais da ponta, mas também pelos gestores e instâncias que se propõem à formação. Muitas vezes os modelos de cursos e capacitações ofertados pelas instituições de ensino superior e núcleos de educação permanente das secretarias de saúde não realizam um levantamento das necessidades e aplicabilidade desses conteúdos nos serviços e valorizam pouco a vivência dos profissionais. As barreiras impostas à implantação da educação permanente ocorrem também por parte das unidades de saúde, devido à falta de organização dos serviços e das escalas dos profissionais de modo a favorecer a criação de espaços de discussão que possibilitem uma reflexão sobre a prática e a promoção de melhorias no cuidado prestado aos usuários. Fazer caber no cotidiano dos serviços espaços de educação permanente torna-se um desafio face às inúmeras demandas, rotinas e processos de trabalho que dificultam o encontro dos profissionais.

O TEATRO NO ENSINO EM SAÚDE: ATUANDO E APRENDENDO

Jair Brito da Costa, Káriston Eger dos Santos, Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Palavras-chave: Teatro, ferramenta pedagógica, ensino em saúde

APRESENTAÇÃO: As artes dramáticas sempre fizeram parte do contexto social das civilizações; sendo utilizadas como forma de agradecimento e adoração a seus deuses ou para simbolizar os ritos de passagem de fases da vida de seus membros. A necessidade de representar, sempre esteve presente na história da humanidade, expressando suas emoções e sentimentos em ações religiosas e/ou culturais, sendo utilizada posteriormente como atividade voltada ao entretenimento, informação ou crítica social. Assim como a arte, a ciência sempre teve sua representatividade e importância validadas junto à sociedade; podendo ser dito, inclusive, que as duas sempre caminharam juntas. Desde os tempos de Platão, o teatro vem sendo abordado com a intenção de educar. Historicamente, as atividades de expressão dramática eram estudadas e centradas com valores didáticos, ou seja, o teatro era utilizado para formar o caráter e a personalidade do homem. O teatro como ferramenta educacional é uma conquista recente e ainda pouco explorada, limitada muitas vezes ao caráter recreativo da transmissão de informações a fim de disseminar conteúdos de disciplinas diversas e no intuito do desenvolvimento de objetivos pedagógicos amplos como, por exemplo, o desenvolvimento da “criatividade”¹. A pedagogia do teatro remete às teorias contemporâneas de estudos críticos-culturais; tais como o feminismo e o pós-modernismo. Neste tipo de abordagem teatral, educadores e estudantes empregam

convenções que desafiam, resistem e desmantelam sistemas de privilégio criados pelos discursos dominantes e práticas discursivas da moderna cultura ocidental, fazendo com que esta prática da ação dramática crie espaços e possibilidades para moldar a consciência crítica, sensíveis à pluralidade, diversidade, inclusão e justiça social, propiciando a construção de um cidadão/ator protagonista na transformação de sua realidade. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar as possibilidades educacionais da utilização do teatro como ferramenta pedagógica para o ensino em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para a produção deste estudo foi realizada a revisão da bibliografia em forma de revisão integrativa. Tal instrumento é caracterizado pelo potencial de integrar estudos de várias áreas de conhecimento, combinando o rigor da revisão sistêmica com a possibilidade da utilização de dados da literatura empírica e teórica direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tema. A combinação de pesquisas com diferentes métodos, na revisão integrativa, amplia as possibilidades de análise da literatura em relação a seu impacto positivo ou não sobre o objeto do estudo, facilitando a assimilação do conhecimento, potencializando uma análise crítica, tanto de quem produz quanto de quem consome este produto (estudo). Para tanto, foram pesquisadas a bases de dados Lilacs, Scielo e PubMed, com os seguintes descritores: teatro educação; ferramentas pedagógicas; teatro como ferramenta educativa; teatro no ensino em saúde. A pesquisa se limitou a trabalhos publicados em língua portuguesa, que não se caracterizavam por revisão de literatura e desenvolvidos nos últimos quinze anos, ou seja, trabalhos publicados entre 2001

e 2015, da mesma forma trabalhos que não se encaixaram nestes requisitos foram descartados. **RESULTADOS:** A utilização do teatro como instrumento pedagógico baseia-se em trazer para a sala de aula, tanto na escola quanto em projetos de extensão, técnicas do teatro a fim de aplicá-las na comunicação do conhecimento, propiciando a vivência “real” da problemática do assunto. As possibilidades do teatro como um instrumento pedagógico são conhecidas; esteja o estudante como espectador (ator passivo) ou como protagonista (ator ativo), visto que tal ferramenta é um excelente meio para vivenciar um determinado tema ou impactar emocionalmente o espectador, gerando reflexões sobre determinada questão educacional. Esta é, portanto, nossa proposta de intervenção, ou seja, a utilização do teatro pelo educador, neste caso, no ensino em saúde. A arte é libertadora. Dentre as artes o teatro é, sem dúvida, expressão libertadora por excelência. Possibilita “re/viver” sentimentos e situações sem barreiras de tempo e espaço, vivenciar fatos reais ou do imaginário do autor, propiciando o resgate do indivíduo e da sociedade². Neste contexto, as práticas voltadas ao ensino em saúde devem se apoderar das técnicas próprias do fazer teatro no sentido de tornar presente e vivo a inserção do estudante no mundo dos cuidados com a saúde. As teorias pedagógicas de cunho crítico preconizam o ensino que leve em consideração o contexto histórico do sujeito (estudante)³, desta maneira, as práticas voltadas ao ensino dos cuidados com a saúde, ao se apropriarem de um fato que seja de interesse da comunidade, favorecem o desenvolvimento desta temática de forma reflexiva com os sujeitos envolvidos, criando soluções em conjunto, por meio da vivência teatral de tal fato⁴. Pode-se utilizar, por exemplo, o consumo

de álcool ou outras drogas por menores ou ainda a obesidade infantil, problematizar tal tema com a comunidade, levantar casos conhecidos junto aos estudantes, trabalhar suas causas, efeitos e possíveis soluções. O próximo passo seria a montagem do espetáculo e o direcionamento ao tipo de público. Com isso teríamos a efetivação da prática do ensino em saúde de forma significativa para dada comunidade, por intermédio do teatro, no sentido de tornar vivo ou visível tal fato, seus desdobramentos sociais e possíveis soluções ao mesmo. Ao ser incorporado ao processo de criação da cena pedagógica, o estudante toma para si a corresponsabilidade do ato educacional⁵, tornando-se ator ativo do processo ensino-aprendizagem, vendo em si um “ator” social ativo e com reais possibilidades transformadoras de sua realidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O educador deve ter claro que o teatro é arte, e como tal seu objetivo é o sentimento de aceitação em relação ao seu tema, desta forma, quanto maior o envolvimento da comunidade com a temática do teatro, maior a possibilidade desta aceitação. Na escola ou projetos de extensão, é possível que os estudantes vejam no teatro uma nova e dinâmica alternativa de aprendizagem, atraídos pela natureza participativa e autoral da oportunidade de vivenciar novas e reais situações e personagens no “palco”. Fica evidente, com este estudo, que a utilização do teatro como ferramenta pedagógica aplicada ao ensino em saúde pode ser muito eficaz para a aprendizagem dos temas relacionados aos cuidados com a saúde, consolidando-se como uma estratégia alternativa e viável para a produção e disseminação do conhecimento.

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB O OLHAR DO GESTOR MUNICIPAL: MEDICALIZAÇÃO DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM?

Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Dominique Corso Bittencourt, Elisete Mariane Neumann, Thiago Pereira Kovalski, Regina Helena Medeiros

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Crianças e Adolescentes, Políticas Públicas, Medicalização do Processo Ensino Aprendizagem

INTRODUÇÃO: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes, com ocorrência entre 3 a 5% das crianças em várias regiões do mundo onde tem se estudado. O TDAH é caracterizado pela junção de basicamente três sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade física e mental. Ele tornou-se ao longo dos últimos anos um assunto extremamente comentado no mundo todo, com a grande propaganda da indústria farmacêutica sobre o fármaco cloridrato de metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina®, que prometia controlar os seus sintomas. A sociedade necessita de formas de tratamento das hiperatividades menos invasivas e mais naturais, buscando tornar a vida das crianças e adolescentes portadoras do TDAH a mais normal possível, permitindo assim melhor qualidade de vida para as mesmas. **OBJETIVO:** avaliar junto aos gestores municipais da área de abrangência da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde as políticas públicas relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes junto aos segmentos da saúde e/ou da

educação. **PERCURSO METODOLÓGICO:** A metodologia utilizada foi a quali-quantitativa. A pesquisa passou por aprovação junto a gestora da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde, bem como da Comissão Integrativa Regional, com representantes de todos os municípios da área de abrangência desta coordenadoria de saúde, sendo realizada no dia 10 de setembro de 2013, no município de Canela-RS. Os participantes da pesquisa foram os gestores municipais dos 49 municípios da área de abrangência da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, o mesmo foi entregue aos gestores que o retornaram através de correspondência interna à 5^a CRS. A participação deles foi voluntária. Com base nos resultados obtidos através do questionário, os dados foram inicialmente tabulados e transformados em gráficos e tabelas e posteriormente analisados com base no referencial teórico construído, bem como distribuídos em dez categorias como: 1) TDAH é um problema? 2) Qual é o tamanho do problema? 3) Como e quem diagnostica? 4) Há programa e/ou política sobre o TDAH municipal? 5) Abordagem medicamentosa 6) Outras abordagens para o TDAH 7) Rede de cuidados para o TDAH 8) Educação Permanente em Saúde para o TDAH 9) Programas de Saúde Escolar 10) Legislação x TDAH. **RESULTADOS:** Obteve-se retorno de 26,5%, o equivalente a 13 dos 49 municípios convidados a participar da pesquisa. Os gestores responsáveis pelos dados foram em sua grande maioria representantes da área da saúde, porém obteve-se também o retorno de dois municípios que responderam o questionário com a percepção da educação, o que permitiu uma breve caracterização de como o TDAH estava sendo abordado por essas duas áreas. É importante salientar que a baixa adesão no retorno dos dados da pesquisa, talvez estivesse relacionada

a inexistência de uma política municipal nesta temática. Percebeu-se que 84,6% dos participantes relataram que o TDAH é um problema em seu município e 84,6% deles não possuíam indicador de incidência de casos de TDAH. Ao questionar os gestores municipais referente a existência de algum protocolo para diagnosticar casos de TDAH em crianças e adolescentes, 77% responderam não possuir. Os critérios utilizados para diagnóstico eram consultas com especialistas como, psiquiatra, neurologista, pediatra e neuropediatra. Alguns diagnósticos são realizados também por clínico geral e pedagogo além de outros profissionais como os professores. Observou-se, também, que 77% dos municípios não possuíam política ou programa municipal de atendimento integral a crianças e adolescentes com TDAH. Dentre os municípios que não possuíam uma política nessa área, 63,6% deles demonstraram interesse em possuir. Em 61,5% dos municípios existia registro do número de casos com abordagem medicamentosa, sendo que o metilfenidato (psicoestimulante) foi o fármaco relatado em 77% dos casos para o tratamento do TDAH, a Imipramina (antidepressivo) em 15,4% e a Risperidona (antipsicótico) em 7,6% dos casos. Apenas 2 municípios relataram o número de usuários de medicamento, reafirmando que não se tinha controle do número real de usuários em nível municipal. Em 92,3% dos municípios não havia protocolo de tratamento para o TDAH. Quanto às outras abordagens para o TDAH, em 100% dos municípios as crianças e adolescentes eram encaminhados para atendimento psicológico, 84,6% relataram que as crianças e adolescentes faziam uso de medicação para controle do TDAH, 77% dos municípios possuíam encaminhamentos para neurologista para avaliação do problema, 69% encaminhavam as crianças e adolescentes para consultas

psiquiátricas, 61,5% dos municípios as crianças e adolescentes com TDAH faziam acompanhamento com psicopedagogo, 23% utilizavam grupos, 15,6% utilizavam a ludoterapia como método de abordagem no enfrentamento ao TDAH, 15,5% utilizavam a arte-terapia para trabalhar com as crianças e adolescentes com o TDAH, e 7,7% dos municípios as crianças e adolescentes eram atendidos por serviços de homeopatia, fonoaudiologia, consultas com médico clínico geral e serviço de psicoterapia. Em 75% dos municípios não havia fluxograma ou protocolo para encaminhamento de casos. Em 69,2% não existia ambulatório ou serviço específico para transtornos de aprendizagem. Quanto aos municípios respondentes, 77% não haviam estratégias de Educação Permanente em Saúde relacionada à temática e 69,3% relataram interesse em ampliar o tema durante sua gestão, 23% dos municípios responderam não ter interesse e 7,7% não responderam a questão. Em 53,8% dos municípios não havia Programa de Saúde do Escolar apenas 30,8% responderam que tem um programa voltado para a temática, 7,7% responderam que ainda não tinham, porém demonstravam interesse em possuir e 7,7% não responderam a questão. Em 61,5% dos municípios não tinham conhecimento sobre o projeto de Lei 7.081 de 2010 que está tramitando no senado, o qual dispõe sobre o Diagnóstico e o Tratamento do TDAH e Dislexia na Educação Básica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Analisando as respostas dos municípios ficou claro como o conhecimento sobre leis federais é muito limitado em nível municipal, justificando capacitações aos gestores neste sentido. Conclui-se que a baixa adesão dos participantes pode ser considerada relevante, uma vez que se pode relacioná-la ao conhecimento restrito ou limitado dos gestores municipais sobre o tema, bem como a inexistência de serviços, programas

ou políticas específicas para o TDAH em crianças e adolescentes em nível municipal. O enfermeiro, como profissional coordenador do cuidado, tem um importante papel relacionado ao TDAH, buscando articular saúde x educação x família x crianças e adolescentes, através de abordagens inter e transdisciplinares em saúde, sensibilizando gestores para efetivação de políticas e programas específicos para o atendimento integral a crianças e adolescentes com esta necessidade. Deve também lutar contra a medicalização do social e do processo ensino-aprendizagem, ampliando pesquisas nesta temática e buscando outras abordagens, a exemplo das práticas integrativas e complementares de cuidado no Sistema Único de Saúde. Ainda ficam perguntas pendentes e sugestões de novos estudos, onde se possa desmistificar a psiquiatrização do TDAH, questionar as formas diagnósticas e os tratamentos/abordagens meramente medicamentosos ainda vigentes. Chama-se à atenção também para a necessidade de uma maior abordagem deste tema junto às universidades, tanto em nível de ensino, como na área de extensão e pesquisa, uma vez que praticamente na área da saúde, esta temática passa despercebida.

O VER-SUS COMO METODOLOGIA ATIVA DE APRENDIZAGEM E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO FORMATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diego da Silva Ferreira, Francisco Mardones dos Santos Bernardo, Amiry Monteiro Sanca, Jhennifer de Souza Góis, Milena Bezerra de Oliveira, Jenniffer de Souza Serafim, Emilia Soares Chaves Rouberte, Thiago Moura de Araújo

Palavras-chave: Acontecimentos que Mudam a Vida, Sistema Único de Saúde, Participação do Cidadão

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990, a partir da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), apresenta-se como uma contra hegemonia ao processo de privatização de serviços que vem ocorrendo desde a ascensão do neoliberalismo. Trata-se de uma estratégia recente, instituída em paralelo ao sistema capitalista, impossibilitando a implementação do projeto integralmente e constitui-se como uma rede organizada e hierarquizada que oferece diversos serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e atuação profissional. Com os impulsos do movimento de Reforma Sanitária instigando a reformulação do conceito de saúde, o SUS é efetivado compreendendo que os serviços de saúde públicos devem ter um viés democrático. Dessa forma, como ferramenta de promoção, fortalecimento e consolidação do SUS, no ano de 2002, surgiu um projeto denominado: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde Brasil (VER-SUS BRASIL, 2013). Desde a implementação da Política de Educação Permanente, em 2006, o VER-SUS adéqua-se como estratégia de efetivação para os futuros profissionais do Sistema Único. O objetivo é instigar a formação permanente e a participação de diversas áreas do conhecimento promovendo a interdisciplinaridade entre os saberes profissionais, empenhados em prol dos princípios e diretrizes normativas do SUS. O projeto intenciona forjar profissionais militantes, incitando uma formação reflexiva e crítica dos estudantes e movimentos sociais para que possam agir como atores políticos protagonistas, capazes de promover transformações na conjuntura social. O VER-SUS, por meio das vivências possibilita que os indivíduos desconstruam concepções limitadas sobre o processo produtor de saúde. Envolvendo-os em um olhar totalizador, fundamentado pelo conceito ampliado de saúde de saúde, nos quais os fatores ambientais, sociais,

culturais e políticos são determinantes e condicionantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças permitindo uma visão horizontal sobre este conceito. Para sua implementação e efetivação, no Ceará, o referido projeto é custeado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Rede Unida. Atualmente o projeto é vinculado a Rede Unida. Participam das vivências: estudantes de graduação e de cursos tecnólogos, residentes de saúde e membros de movimentos sociais. **Objetivo:** O presente trabalho consiste na socialização das experiências, sensações e percepções vivenciadas no VER-SUS ocorrido na cidade de Fortaleza por seis acadêmicos, sendo três do curso de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), duas acadêmicas do curso de serviço social da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma acadêmica de enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo do tipo relato de experiência, realizado durante a vivência dos 06 acadêmicos que estiveram imersos durante nove dias, entre 24 de janeiro e 01 de fevereiro de 2015. As informações foram coletadas por meio de pesquisa documental e análise dos relatórios produzidos a partir da vivência e por meio da experiência dos acadêmicos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Durante a vivência do VER-SUS foi proporcionado à visita a diversos locais e contato com dispositivos de saúde: a Comunidade Indígena Jenipapo – Kanindé; o acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Unidades Básicas de Saúde (UBSs); o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; o CAPS Geral V (localizado no Bom Jardim); o qual funciona em parceria com o Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim (MSMCBJ); o Hospital Infantil Albert Sabin; o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ); a 1^a Coordenadoria Regional de Saúde/Fortaleza;

o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop); o Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciências e Esporte (CUCA) e a praia de Sabiaguaba. O contato proporcionado pela imersão nos possibilitou conhecer como estão estruturados e organizados os serviços de saúde através do contato real com a dinâmica de funcionamento do SUS. Este contato nos proporcionou desenvolver o senso reflexivo-crítico mais apurado dando os subsídios necessários para uma formação técnica, científica, cidadã e política. Destarte, enfatizamos que o processo vivenciado ratificou o quanto são importantes as nossas ações como protagonistas na construção de um SUS no qual suas diretrizes e regulamentações sejam realmente concretizadas, pois a consolidação do sistema passa por conquistas e desafios que requer uma conduta diferenciada. A vivência fez com que percebêssemos o contraste entre teoria-prática, que na maioria das vezes, infelizmente, não corresponde à realidade e demanda social, sendo assim, necessita de adequações para sua efetivação. Os conhecimentos adquiridos e compartilhados nestes locais ocorreram por meio de um espaço dinâmico e interativo que favoreceu o despertar da nossa militância, no sentido de passar a considerá-la como um dos meios capazes de buscar um sistema no qual os seus princípios sejam realmente implementados e respeitados. Esta experiência foi crucial para aguçar a nossa criticidade no processo formativo e na futura atuação enquanto profissional incitando a proatividade e proficiência em prol do SUS. A vivência foi uma oportunidade de intercâmbio entre diversos saberes, discussões sobre a conjuntura política do SUS e o estímulo para que busquemos os subsídios necessários para provocar mudanças que contribuam de forma positiva para o processo formativo e sociedade. Este tipo de contato estimula o trabalho em equipe, desenvolvimento

e aperfeiçoamento de habilidades e competências possibilitando a relação de interdisciplinaridade dos envolvidos ampliando a concepção de saúde e mostrando que todos possuem um papel de extrema importância na consolidação do SUS. Relacionar-se com os outros viventes possibilitou a percepção de que o conhecimento entre as diversas áreas do saber contribuem de forma significativa para a compreensão da conjuntura social-política incitando uma reflexão conjunta que proporcione uma visão holística e integral do indivíduo aumentando o ensejo por um processo formativo intenso e dinâmico pautado nos princípios éticos, morais e científico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A vivência experienciada contribuiu de forma positiva nos diferentes aspectos do processo formativo, contemplando as esferas política, social, técnica, intelectual e científica pautada em princípios éticos e morais estimulando a formação de profissionais aptos a atuarem nas diversas conjunturas sociais e hierarquizadas do SUS. Os legados deixados pelo VER-SUS são inegáveis, pois contribuíram marcadamente para uma formação acadêmica diferenciada com o ensejo da busca do conhecimento, preparo profissional, engajamento e envolvimento com o SUS embasado na reflexão, criticidade e compreensão da conjuntura complexa do SUS por meio de uma conduta cidadã, ativa, ética, responsável, coletiva, democrática e fundamentada em conhecimentos científicos, da conjuntura social e da realidade do SUS. O VER-SUS apresenta-se como possibilidade de transformação de um sistema formativo engessado, verticalizado. Frente a isso, tal projeto, seguindo os traços da epistemologia freiriana proporciona o entendimento da dimensão dos sentidos, e propõe pensar a realidade na qual nos inserimos, compreendendo que o pensamento é conduzido conforme a situações concretas que visualizamos.

OBJETO E PESQUISADOR, A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO IN-MUNDO

Ana Lúcia Abrahão, Paula Cerqueira, Magda Chagas, Leila Vianna, Nereida Santos, Monica Rocha, Maria Amelia Costa, Patricia Albuquerque

Palavras-chave: Pesquisa, Redes de Atenção, Micropolítica

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: A construção do Sistema Único de Saúde tem marcado o esforço de coletivos de trabalhadores que imprimem ao espectro do sistema sua própria e singular forma de agir, e, sobretudo de significá-lo. O resultado da intensa atividade dos trabalhadores e gestores é a de um Sistema de Saúde que tem uma enorme potência de se produzir como tal, atuando com uma força instituíste em interseção permanente com o que está instituído. As recentes diretrizes de construção de um sistema que tenha por base as redes de cuidado, parte do pressuposto de que estas atuam como linhas de produção, acionadas pelos trabalhadores no âmbito do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Estas redes são operadas por processos de trabalho estruturados pelos trabalhadores na sua micropolítica, isto é, a partir de diferentes projetos que se interpõem em um intenso processo produtivo, em redes, onde opera uma importante capacidade inventiva do trabalhador, o que agrega grande possibilidade de realização ao SUS. Somado a este panorama geral, as inúmeras situações descritas no campo da saúde, como é difícil o acesso aos serviços, as experiências em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, com foco nas inovações no modo de produção do cuidado e os numerosos casos de usuários que vivenciam formas e modos de cuidado singulares são focos da pesquisa, "Observatório Nacional da Produção de Cuidado em

diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa." Uma investigação em âmbito nacional, mas que neste trabalho, toma como foco a questão construída a partir do problema que se estabelece na prática e nos processos de composição do campo de pesquisa. Um exercício para os pesquisadores que convoca mudanças paradigmáticas na construção do conhecimento. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Ao tomarmos como objeto de investigação a avaliação da produção do cuidado e não uma avaliação sobre o cuidado, ou, ainda, uma avaliação sobre os indicadores epidemiológicos dos impactos do cuidado para as condições de saúde da população, neste caso estamos assumindo que o cuidado é produzido no encontro. Logo, nos remete a um deslocamento do lugar de pesquisador que observa e interpreta para o encontro. Um estar com aquele que demanda cuidado, com o trabalhador de saúde nos seus locais de trabalho e com os gestores em diversos espaços, inclusive nos espaços informais de gestão que acontecem na vida cotidiana dos trabalhadores. A problemática da produção do cuidado em redes de atenção complexas nos convoca a experimentação de modos de investigação que sejam capazes de produzir análise a partir do ato cuidador. Nesta direção, fizemos opção por uma orientação que não aparta sujeito e objeto, mas que implica o pesquisador no seu objeto convoca-o a multiplicidade de mundos e o convida para se encharcar de mundos (Abrahão et. al, 2013). Uma vez que a investigação se dá a partir do encontro, passamos a considerar que o olhar do outro, nesse encontro, compõe o território da investigação, dito de outro jeito é considerar como abordagem para a pesquisa o perspectivismo. O objeto de investigação dessa pesquisa é composto por vários pontos de vista, incluindo aqui a

implicação do pesquisador. Uma produção das várias formas de existir no mundo para além da que estamos habituados nos serviços. Um exercício de desaprender, problematizar e colocar em análise as marcas, os constructos centrados e estabelecidos como verdades. O uso das narrativas foram fundamentais neste processo e foram sendo construídas pelos pesquisadores e são um dos planos que se tomou nesta construção da pesquisa, pois como nos diz Réne Schéerer (2005) "Desembaraçar-se de tudo o que imobiliza, que sedentariza: palavra-refrão." Se há algo, antes de tudo, que aprendemos com ele, que dele guardamos que é sua marca própria e sua luz, é exatamente esse apelo a reativar sem parar o movimento. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O exercício de se experimentar em grupo e singularmente nesta dobra do perspectivismo e da implicação, tem possibilitado, ao grupo de pesquisadores um reposicionamento de conceitos, reconstrução de outros e avanços importantes na construção de conhecimento sobre a constituição de redes dentro dos serviços. A produção de um campo de pesquisa que rompe com a dicotomia objeto/pesquisador, colocou em "destaque as micropolíticas imanentes" (Rodrigues, 2011: 236) do processo de cuidar, deixando vir para a cena os acontecimentos ruidosos, repetitivos, silenciosos e/ou silenciados, presentes e constitutivos das conexões e arranjos produzidos entre os pesquisadores. Assim, está se configurando, pois estamos em processo de produção da investigação, uma produção intensa de conhecimento, entre os pesquisadores e por parte de quem faz o cotidiano acontecer, de quem está ligado ao processo de cuidar, pois é a prática o lugar da produção de conhecimento (Merhy, 2013). Na construção da investigação, buscamos ir para além da lógica do apreender "o engendramento daquilo que, ao tornar-se "objeto", se vê sujeitado às ações de outro e/

ou outrem” (Rodrigues, 2011: 236) em suas diversas racionalidades, lógicas e sentidos, partimos do entendimento de que o usuário não se encontra na condição de objeto e sim se localiza no lugar do protagonista do seu próprio modo de existir. Produz suas próprias conexões e modos de estar na vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estamos compartilhando os encontros com uma escuta e debate a partir dos microprocessos de cuidar, com muita negociação entre os serviços. Nesse sentido o desafio de conhecer o usuário, identificando os equipamentos por onde transitou, bem como as suas conexões existenciais, ou seja, os vínculos, contatos que ele constrói além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, nesta experimentação em ato no plano do cuidado é viver o nomadismo e o acontecimento no ato. Nesse exercício de olhar em nós essa produção para poder olhar-nos outros e nas redes encontramos conceitos ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinoziana. Isto porque toda experiência de assistência, de gestão, assim como a da própria vida é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste. Reconhecer essas afecções em nós e nos encontros nas redes traz para a cena as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e gerir. Sobre sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde. Em conexão com o exercício de desaprendizagem e com a noção de afecção o próprio conceito de rede passou a ser explorado de outra forma. Há um deslocamento do reconhecimento de uma rede somente a partir de seus fluxos e protocolos para o de sua fabricação como rede viva, mutável, dinâmica, imprevisível,

em acontecimento, em ato a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão. A partir desse entendimento da rede como um espaço de produção de vida, o encontro da pesquisa nas redes vem produzindo muitas zonas de visibilidade e dizibilidade da forma como essas redes operam.

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NUMA MICRORREGIÃO DO MATO GROSSO DO SUL

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Cátia Paranhos Martins, Guillermo Johnson, Cibele de Moura Sales, Beatriz Ravazine, Gabriela Markus

Palavras-chave: educação permanente em saúde, gestão, trabalhadores de saúde

Apresentação: Diante dos avanços e retrocessos do Sistema Único de Saúde (SUS), após a sua regulamentação na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é primordial ampliar a compreensão sobre os processos de construção da saúde como direito, envolvendo a gestão e a educação em saúde. Os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social – imprimem ao Sistema uma nova organização do trabalho em saúde. Buscam promover o acesso da população aos bens e serviços de saúde e romper com o modelo biomédico, ao considerar as múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Além disso, a descentralização e regionalização, como princípios organizativos, demandam uma gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal. A regulamentação da Lei nº 8080, de 1990, foi um avanço do movimento da reforma sanitária. Entretanto, passados mais de duas décadas, o modelo vigente não é suficiente

para operacionalizar o novo projeto preconizado pelo SUS. Na gestão federal, diversas regulamentações foram seguindo-se, buscando dar suporte ao novo modelo. Conforme previsto no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e, atualmente, no Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP (BRASIL, 2014), há a necessidade da constituição e funcionamento efetivo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS), fundamental para subsidiar tal transformação. Diante do exposto, a pesquisa “Educação Permanente em Saúde: processo de gestão e formação num núcleo regional de saúde do Mato Grosso do Sul”, financiada pelo FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES Nº 04/2013, foi iniciada em novembro de 2013. O objetivo foi investigar os processos de gestão e Educação Permanente em desenvolvimento numa microrregião de saúde no Mato Grosso do Sul. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia fomentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que desde 2003 tem o intuito de transformar o cotidiano do SUS em espaço de formação do trabalhador por meio da reflexão crítica (BRASIL, 2007). Reconhece os trabalhadores como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados conforme suas experiências. O eixo central consiste no pensamento crítico/produtivo refletido na resolução dos problemas encontrados na realidade (FREIRE, 1983; MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006). Método: Para esta investigação, a metodologia foi de ênfase qualitativa e privilegiou a dimensão subjetiva dos fatos, considerando a natureza biopsicossocial que os permeou, possibilitando a apreensão dos significados contidos nos discursos dos sujeitos (MINAYO, 1994). A partir do método dialético, foi utilizado para coleta de dados uma combinação metodológica com a realização de dois grupos focais com

os técnicos, entrevistas com os gestores e observação participante no Núcleo Regional de Saúde. Os preceitos éticos foram respeitados, sendo a pesquisa aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme parecer nº CAAE/20029613.5.0000.5160. O roteiro para condução da investigação no grupo focal e na observação participante foi composto das seguintes questões norteadoras: facilidades e dificuldades do processo de EPS na microrregião; principais temas desenvolvidos; repercussões da EPS na condução da gestão municipal e regional; repercussões na atenção à saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde; e, por fim, repercussões da EPS na saúde mental dos trabalhadores. Os relatos dos sujeitos nos grupos focais, as entrevistas e as anotações em diário de campo constituíram-se no material de análise. Dentre as categorias destacam-se: os desafios da formação; os diferentes formatos da Educação em Saúde; o trabalho em rede; e as repercussões na saúde mental dos trabalhadores. Resultados: De forma bastante sucinta, esses resultados apontam o papel em construção da rede de atenção, das esferas estadual, municipal e regional na organização das ações de Educação Permanente em Saúde. Indicam também as contradições da EPS, pois há dois polos opostos, a educação continuada, com ênfase nos cursos e capacitações técnicas, e, de forma concomitante, a Educação Permanente centrada na análise e intervenção nos processos de trabalho. Os resultados indicaram tanto a falta de compreensão dos gestores e dos técnicos a respeito da Educação Permanente em Saúde e a dificuldade de colocá-la em prática, quanto revelaram experiências exitosas, sugerindo perspectivas favoráveis no crescimento da EPS na região. Além disso, indica que a EPS e a saúde mental desenvolve-se numa relação que mostra duas faces de uma mesma moeda. Por um

lado colabora para a promoção da saúde mental dos trabalhadores do SUS, nos momentos em que é desenvolvida como espaço de formação do trabalhador, por meio da reflexão crítica. A reflexão possibilita, dentre outros aspectos, que o trabalhador construa coletivamente estratégias de superação dos desgastes e sofrimentos enfrentados no trabalho em saúde. Por outro lado, constitui-se em desgaste, quando fica reduzida a cursos realizados de forma fragmentada, acarretando incumbências para o trabalhador que os fez, retornar para o serviço e de forma solitária implantar algo que os demais não têm nenhum conhecimento. O trabalho em rede foi apresentado como algo a ser consolidado, constando-se avanços na aproximação entre municípios da mesma região, em torno de um mesmo projeto, mas ainda com dificuldades de ajustes no que se refere à definição dos temas desenvolvidos, nem sempre consoante com os interesses e necessidades da rede. Os produtos finais da pesquisa foram uma cartilha propositiva e um site que visam ampliar o diálogo sobre a temática e sua interface com as demais políticas do SUS. O material didático busca, de forma acessível, apontar alguns caminhos e incentivar os espaços de reflexão como primordiais para a transformação do SUS. Considerações Finais: De forma geral, os trabalhadores reclamam da formação que vem sendo desenvolvida, qualificando-a como inadequada. Os gestores também reclamam da falta de compreensão dos trabalhadores, da falta de envolvimento. Pode ser que as duas reclamações sejam legítimas, requerendo uma transformação, fruto de uma ação conjunta de todos os envolvidos na Educação Permanente em Saúde, trabalhadores, gestores, universidades e usuários. As experiências de regionalização das ações de Educação Permanente em Saúde, de solidariedade entre os trabalhadores de diferentes

municípios poderão, porventura, repercutir de forma a qualificar as ofertas e as redes de atenção à saúde. Espera-se que este projeto fortaleça a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo favorável na qualificação dos gestores e dos trabalhadores para o enfrentamento dos desafios inerentes à construção do SUS.

OS DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DOCENTE: TEORIA, PRAXIS E COMPROMISSO COM A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Elenita Sureke Abilio, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da saúde, Ensino em saúde, Extensão universitária

As mudanças históricas da formação com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) trazem atualmente a exigência de um novo perfil profissional. Esse novo perfil direciona as necessidades de mudanças curriculares para atender as demandas pedagógicas do ensino que vislumbram competências e habilidades diferenciadas. A experiência descrita neste trabalho se refere a um projeto de extensão estruturado a partir da experiência docente em Psicologia da saúde na Faculdade Anhanguera de Dourados/MS, em parceria com os docentes do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e, ainda, desses mesmos docentes com seus pós-graduandos que se apresentam também como atores no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HUGD) o que expande o campo de análise da Saúde Coletiva. Para a graduação a proposta é pensar a formação dos alunos atendendo às necessidades de saúde e parâmetros da profissão, já para a RMS a

proposta é ampliar o campo de análise das demandas advindas da prática do trabalho vivo em ato Merhy (2002) e intervir em casos com maior complexidade relativa à rede de saúde. A aposta se deu junto à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados no investimento no projeto de extensão intitulado Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A implementação do projeto se deu pela formação teórica e avaliação do processo com encontros presenciais de seus atores, estudos teóricos e discussão das práticas na experiência do estágio.

OS DESAFIOS QUE PERMEIAM A PRÁTICA DOCENTE EM ENFERMAGEM

Eldamar Kátia Adamy, Carine Vendruscolo, Jean Wiliam Bender, Josiane Rodrigues França, Karine Pereira Ribeiro, André Lucas Maffisoni, Iselda Pereira, Alcione Pozzebon

Introdução: O enfermeiro docente tende a deparar-se com inúmeros desafios no processo de ensino de graduação superior, pois sua formação é mais voltada para a assistência do que para a atuação na docência. Freire (2005) afirma que os homens são seres inacabados, porém, também são seres históricos e, como tal, têm a consciência de tal inconclusão. Nessa perspectiva, considera-se que o docente enfermeiro deve estar sempre em busca do novo, para auxiliar os acadêmicos no processo de construção do conhecimento. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizam características consideradas essenciais para o perfil do egresso/profissional enfermeiro, dentre as quais a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para o exercício da enfermagem, com base em um rigor científico e intelectual, sempre pautado em princípios

éticos (BRASIL, 2001). Isso reforça a responsabilidade dos enfermeiros docentes que devem estar preparados para encarar a sociedade globalizada, em constante avanço tecnológico, com vistas ao fomento do pensar crítico, ancorado em competências éticas e de cidadania, autonomia e capacidade para resolver problemas. Assim, o docente deve saber que seu papel não é o de transmitir conhecimento, mas de envolver-se em um universo no qual o cuidar significa aprender e ensinar, estando em constante reflexão sobre seus saberes e modos de ser enfermeiro docente (SEBOLD; CARRARO, 2013). Freire (2009) também problematiza o processo de ensinar como uma prática que não se resume em transferir conhecimento, mas pressupõe reflexão crítica, exige pesquisa, conhecimento, respeito, autonomia, bom senso, curiosidade, generosidade, humildade, entre outras competências. Objetivo: Identificar desafios que permeiam as práticas do docente/enfermeiro em duas Universidades Públicas do Oeste de Santa Catarina, com cursos de graduação em Enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. Para a realização da pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os participantes, sendo quatro docentes da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e seis docentes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), os quais atenderam critérios de inclusão e exclusão sendo estes: atuarem há mais de dois anos nas instituições envolvidas, ter experiência em docência na enfermagem há mais de cinco anos, além de mostrarem interesse para participar da entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas a partir do método proposto por Minayo (2011). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, sendo aprovado sob

parecer nº 953.083. Resultados: Observou-se que os principais desafios que permeiam a atividade como professor enfermeiro tem a ver com o exercício da docência e sua relação direta com a formação pedagógica deficitária dos enfermeiros, sobretudo quanto ao desconhecimento de abordagens metodológicas mais ativas, a serem aplicadas no processo de ensino-aprendizagem. Contudo, nota-se que os professores conhecem a importância da formação pedagógica para exercer essa função, além de considerarem a necessidade de estar em permanente processo de construção do saber, para propiciar ao acadêmico uma formação mais ampla e qualificada. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi identificada como elemento de instrumentalização do docente enfermeiro, num processo de aprimoramento contínuo, pautado nas dificuldades encontradas no dia a dia, tanto nas atividades em sala de aula, quanto nas práticas em diferentes cenários que fazem parte da formação em enfermagem. Para Waterkemper e Prado (2011), as metodologias ativas favorecem o processo de educação, auxiliam no processo onde o acadêmico cria sua própria opinião, contribuindo assim, para a construção do ensino livre de opressão e o desenvolvimento de um ser mais crítico e reflexivo. Nessa direção, auxiliam o professor, pois o mesmo passa a ser protagonista do ensino, intermediando e norteando o aprender do acadêmico. Emerge a necessidade de mudança e transformação no contexto educacional, na perspectiva de que a educação permanente dos docentes proporciona a compreensão para planejar, analisar, implementar e avaliar a prática centrada na compreensão dos estudantes, organizando currículos que estimulem a exploração e investigação das ideias centrais da disciplina, permitindo que os alunos ampliem e apliquem o que sabem (GEMIGNANI, 2012). Freire (2011)

pondera que o desenvolvimento da atitude crítica, consciência que faz com que o sujeito transforme a realidade, permite que esses temporalizem espaços geográficos e construam a história pela sua própria atividade criadora. Nesse sentido, elementos fundamentais a atividade docente são a comunicação e o diálogo, como fontes de saber e de ensinar. Ainda, para Freire (2005), ensinar pressupõe a reflexão crítica sobre a prática, o que configura a “práxis” (ação-reflexão-ação) como possibilidade transformadora da realidade, como fonte de conhecimento reflexivo e de criação que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si, e mediados pelo mundo. É nessa direção que o docente, para o alcance da prática reflexiva, deve ser capaz de organizar uma pedagogia construtivista, criar situações de aprendizagem, corrigir por intermédio do diálogo estabelecido com a realidade, levando o futuro profissional ao desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia (FARIA, CASAGRANDE, 2004). Considerações finais: O papel do docente enfermeiro na formação dos futuros profissionais de enfermagem vai além do conhecimento técnico-científico, perpassando por uma postura ética e humanitária, que sirva de exemplo aos educandos, além de habilidades metodológicas que facilitem a construção e apropriação do saber. Isso será possível quando o professor reconhecer a incompletude do saber profissional, o que exige uma atitude humilde, pautada na dialogicidade e na liberdade de expressão, a partir da compreensão do educando como ser único. Cumpre destacar a relevância desses achados para a reflexão sobre a importância de processos educativos orientados por uma pedagogia crítica e libertadora, no âmbito da enfermagem em Santa Catarina, além de trazer à tona o importante debate sobre os desafios que permeiam a prática do enfermeiro

docente. Neste contexto, destaca-se a necessidade do envolvimento institucional no planejamento e oferta de programas de desenvolvimento docente que desperte o desejo da mudança e que os ajude a caminhar no planejamento e aplicação de novos arranjos metodológicos. O processo de capacitação de docentes universitários de forma participativa e dialógica, mostra-se eficaz visando a (trans)formação de suas práticas de ensinagem (MENDONÇA et al., 2015). No entanto, na busca de seu constante aperfeiçoamento, o professor enfermeiro precisa preocupar-se com a própria formação de maneira contínua, para que possa contribuir com os educandos – futuros profissionais enfermeiros – na descoberta de conhecimentos que os habilitem a serem cidadãos autônomos, críticos e reflexivos.

OS SABERES E SABORES DA INTERDISCIPLINARIDADE COMO PRÁTICA INOVADORA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes, Arlene de Queiroz Alves, Sandra Cabral Portella

Palavras-chave: interdisciplinaridade, Política Nacional de Humanização, saúde, formação

O presente trabalho objetiva apresentar um relato de experiência acerca do Café Científico e Cultural com saúde, evento ético-formativo, idealizado desde o ano de 2013 pelo curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), na cidade de Salvador-BA. Trata-se de uma atividade semestral, com caráter de extensão, que visa promover e estimular o exercício da convivência interdisciplinar entre os estudantes dos cursos de Enfermagem e Biomedicina, a partir do protagonismo e autonomia dos mesmos,

bem como a produção e compartilhamento de trabalhos científicos que tenham a interdisciplinaridade como foco. A composição teórico-metodológica do evento é fundamentada na Política Nacional de Humanização (PNH), do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a humanização entendida como: “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.” (BRASIL, 2009). O Café Científico tem como Objetivo Geral promover espaços de trocas de experiências interdisciplinares na produção de saberes e práticas em saúde, envolvendo estudantes e professores dos cursos de saúde da EBMSP, a partir da referência do Núcleo Comum; e Objetivos Específicos: experimentar novos modos de ensino aprendido na formação ético-estético-político do profissional de saúde; promover encontros de produção coletiva de saberes e práticas que envolvam temáticas interdisciplinares em saúde; estimular reflexões acerca da indissociabilidade entre a teoria e a prática do cuidado humanizado em saúde e convocar os estudantes a atuarem enquanto sujeitos autônomos e protagonistas do processo de ensino aprendido. Sabe-se que o exercício da transversalidade enquanto princípio da PNH é um desafio para a construção de novas formas de atenção e gestão em saúde. Assim, discutir e experimentar esse exercício na graduação dos cursos de saúde se constitui em elemento de extrema importância para o aumento da comunicação intra e intergrupos. Se na PNH temos como norte transversal a aproximação entre trabalhadores, usuários e gestores, no campo acadêmico, tal aproximação convoca os estudantes, professores e gestores em

saúde, a um deslocamento ético, afetivo e político. Nesse sentido, o acontecimento do Café torna-se um espaço potente para a troca de experiências na perspectiva interdisciplinar no campo da saúde. Os sujeitos envolvidos são estudantes e professoras do 1^o semestre dos cursos de Biomedicina e Enfermagem através dos componentes Ética e Bioética, Metodologia Instrumental, Psicologia e Saúde; e estudantes e professora do 2^o semestre de Enfermagem do componente Desenvolvimento do Ciclo de Vida. A realização do Café Científico está atrelada às seguintes etapas: 1^a Etapa: Apresentação da proposta do evento aos estudantes, no início de cada semestre letivo, em concomitância à apresentação dos planos de ensino dos componentes as professoras responsáveis por esses componentes discutem a proposta da atividade avaliativa, nomeada de Encontros Interdisciplinares para o Café Científico; 2^a Etapa: Preparação para a atividade avaliativa dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico – em cada componente curricular, a professora trabalha, por equipe de estudantes, a escolha de temáticas relevantes e transversais nos campos - da Saúde, Ética e Bioética e Psicologia - que se desdobram, por exemplos, em debates voltados aos Direitos Humanos, à diversidade sexual e gênero, às Políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, descriminalização do aborto e às questões étnico-raciais, sociais, culturais e políticas. 3^a Etapa: A organização dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: requer dos professores envolvidos participação em reuniões semanais para alinhamento teórico, metodológico e logístico das atividades, e supervisões sistemáticas das equipes de estudantes de cada componente curricular. Em média há uma distribuição de 10 a 12, cada uma com 8 a 10 estudantes, participando, em média, 100 estudantes, e

4 apresentações por dia. 4^a Etapa: Momento de integração para os Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: é promovido um momento de integração entre os estudantes desses diferentes componentes curriculares - em local que comporte em média 100 pessoas; 5^a Etapa: Realização dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: durante 8 semanas os estudantes compartilham a apresentação dos seus trabalhos temáticos durante 30 minutos, utilizando-se de recursos artísticos. Nessa ocasião, os modos de pensar e agir o cuidado em saúde se amplia na direção da interdisciplinaridade, onde o diálogo e a produção de sentidos em saúde acontecem a partir da convivência entre os diferentes sujeitos e saberes. 6^a Etapa: Momento de Avaliação – A avaliação das apresentações é feita a partir de um Barema, previamente apresentado aos estudantes, embasado nos seguintes critérios: Habilidades Conceituais (comunicação e participação); Habilidades Procedimentais (cumprimento do roteiro e articulação conceitual com a proposta da interdisciplinaridade); Habilidades Atitudinais (criatividade), valendo 9 pontos. A autoavaliação, valendo 1 ponto, possibilita a reflexão crítica do processo ensino-aprendizagem dessa experiência. Essa etapa corresponde a 10 pontos da atividade avaliativa; 7^a Etapa: Escolha dos trabalhos para apresentação no Café Científico: a partir dos resultados do Barema utilizado na avaliação. São escolhidos três trabalhos para serem apresentados no Café Científico e Cultural com Saúde; 8^a Etapa: Café Científico e Cultural com Saúde: acontecimento protagonizado pelos estudantes do primeiro semestre dos cursos de Biomedicina e Enfermagem, em cumprimento aos créditos dos componentes curriculares: Metodologia Instrumental, Ética e Bioética e Psicologia e Saúde. No dia do evento, as comissões formadas pelos estudantes se incumbem de recepcionar,

acolher e estimular os seus convidados a experimentarem um ambiente de trocas entre os diferentes sujeitos e debates no campo da saúde, tendo como foco a interdisciplinaridade. Dessa forma os participantes do Café são: estudantes que integraram a etapa da atividade avaliativa dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico; e estudantes dos outros cursos da EBMS e/ou de outros componentes curriculares que tenham desenvolvido trabalhos e vivências com enfoque interdisciplinar no campo da saúde; professores e colaboradores da EBMS interessados em partilhar experiências artísticas culturais e científicas articuladas ao campo da saúde e interdisciplinaridade. No Café da Bahiana, estudantes, professores e colaboradores experimentarão e assistirão cenas artísticas culturais e criativas de temáticas atuais da área de saúde. O convite para os seus apreciadores apresenta as seções: Café com saúde: mesa redonda sobre o tema; Café em Cena: apresentação dos trabalhos realizados pelos estudantes da EBMS; Café com Afeto: homenagem aos professores da instituição e apresentação de sua trajetória profissional e produção acadêmica na EBMS e Café com ciência: “O que aprendi na Bahiana?” exposição de trabalhos inovadores desenvolvidos na EBMS. RESULTADOS/IMPACTOS: a partir dessa experiência, contatou-se a constituição de um espaço de mobilização dos estudantes do 1^o semestre na organização de um evento científico e cultural bem como a mobilização dos professores na proposição de temas interdisciplinares como parte do processo avaliativo; além da aproximação dos estudantes do 1^o semestre com o ambiente de produção científica e exercício de vivências interdisciplinares no campo da saúde entre os diferentes estudantes dos cursos de saúde da EBMS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proposta deste trabalho evidencia

a necessidade de investir na interdisciplinaridade, não apenas como um ideal a ser alcançado, mas como uma posição ética, estética e política na formação do profissional de saúde, valendo-se de uma estratégia de enfrentamento aos campos do saber ainda restritos à concepção do cuidado humanizado sob enfoque dos especialismos.

PATOLOGIAS PREVALENTES ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE RISCO, NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM/PA

Ana Beatriz da Silva Pedroso, Simone Aguiar da Silva Figueira, Nayara Linco Simões, Edileuza Félix de Sousa, Yara Macambira Santana Lima

Palavras-chave: gestantes, patologia, enfermagem

APRESENTAÇÃO: A gravidez por ser evento fisiológico e a sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma pequena parcela de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem complicações, apresentam maiores possibilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essas grávidas constituem o grupo chamado de gestantes de alto risco, (1) por esse motivo o estudo objetivou conhecer as patologias que mais acometeram as gestantes e as classificaram como tal no município de Santarém/PA, inscritas no pré-natal da Unidade de Referência Especializada e Centro Referência em Saúde da Mulher no período de janeiro 2010 a dezembro de 2013. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente estudo é documental, descritivo, de caráter retrospectivo e abordagem quantitativa e análise com base estatística

descritiva. Foram tabulados e analisados, com auxílio dos softwares Word e Excel 2013, 3.000 prontuários, no Centro Referência em Saúde da Mulher, desses, 560 foram inclusos na pesquisa e na Unidade de Referência Especializada, 271 prontuários, desses, 182 incluídos na pesquisa, totalizando uma amostragem 742 prontuários. RESULTADOS: Após a análise das variáveis identificamos que as patologias de prevalência foi ganho ponderal 205 (27,63%); seguido de Hemorragia na gestação 90 (12,13%); Doença hipertensiva específica da gestação 88 (11,86%); Soma dos Pontos 65 (8,76%); Hipertensão Crônica 51 (6,87%); Aloimunização 36 (4,85%); Sífilis 35 (4,72%); HPV 34 (4,72%); Varizes Acentuadas 30 (4,04%); Amniorrexe Prematura 24 (3,23%); Epilepsia 25 (3,37%); Diabetes Mellitus 22 (2,96%); Mioma 20 (2,70%); Problemas Emocionais Graves 20 (2,70%); Doença Renal 12 (1,62%); Toxoplasmose 9 (1,21%); Malformação Fetal 9 (1,21%); Patologia da Tireoide 9 (1,21%); Doença Cardíaca 7 (0,94%); Gestação Múltipla 6 (0,81%); Malária 5 (0,67%); Eclampsia 4 (0,54%); Diabetes Gestacional 3 (0,40%); Anomalia do Trato Genital 3 (0,40%); Hérnia Umbilical 3 (0,40%); Hepatite B 3 (0,40%); Polidramnio 3 (0,40%); Alterações do Crescimento Uterino 2 (0,27%); Hanseníase 2 (0,27%); Asma 2 (0,27%); Hemoglobinopatia 2 (0,27%); Cisto Ovariano 2 (0,27%); Gastrosquise 2 (0,27%); Gardnerella 2 (0,27%); Proteinúria 2 (0,27%); Cirurgia Ginecológica de Grande Porte 2 (0,27%); Rubéola 2 (0,27%); Gravidez ectópica 2 (0,27%); Escoliose 2 (0,27%); Hepatite C 2 (0,27%); Hérnia Inguinal 1 (0,13%); Leucemia 1 (0,13%); Hidronefrose Fetal 1 (0,13%); Molahidatiforme 1 (0,13%), Meningite 1 (0,13%); HIV 1 (0,13%); Fibromialgia 1 (0,13%); Distúrbio Alimentar 1 (0,13%); Câncer 1 (0,13%); Anemia 1 (0,13%); Linfadenopatia 1 (0,13%); Herpes Genital 1 (0,13%); Paralisia Facial 1 (0,13%); Aneurisma Cerebral 1 (0,13%);

Febre Reumática 1 (0,13%); Doença Neurológica Crônica 1 (0,13%); Albumina 1 (0,13%); Polineuropatia Periférica 1 (0,13%); Citomegalovirus 1 (0,13%); Cirurgia Ginecológica de Médio Porte 1 (0,13%) e Infecções Graves 1 (0,13%). Diante dos resultados encontrados podemos constatar que a gestação de alto risco é um grande problema de saúde pública. Várias doenças graves acometem essas gestantes e que de fato merecem uma maior atenção pelos profissionais de saúde, pois irão influenciar diretamente no desfecho da gestação, exemplo disso é a DHEG, que no estudo em questão ficou em primeiro lugar se for levar em consideração só as patologias, a qual é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal, pois comprometem muitos sistemas orgânicos, como os sistemas renal, cardiovasculares, neurológico, hematológico, hepático e uteroplacentário, tais como: prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, descolamento da placenta, morte materno-fetal, crise hipertensiva, oligúria, edema cerebral, edema pulmonar, trombocitopenia, hemorragia, cegueira, acidente vascular cerebral intolerância fetal ao trabalho de parto e podendo evoluir para Síndrome de HELLP, que pode ocasionar hemorragia interna, insuficiência cardiopulmonar, acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda, hematoma hepático e complicações para o feto incluem deslocamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito e síndrome da angústia respiratória. Outra patologia é Hipertensão Crônica, essa doença eleva o risco dos infantis nascerem prematuros e de baixo peso, aumentando deste modo a morbimortalidade perinatal dos recém-nascidos. E a ocorrência de episódios hipertensivos no decorrer da gestação predispõe, ainda, ao surgimento de graves complicações, como hemorragias cerebrais,

coagulação intravascular disseminada, deslocamento prematuro de placenta, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda, entre outras, patologias tão importantes quanto, citadas acima. Notamos também quanto aos resultados sobre soma dos pontos as gestantes apresentaram fatores que as encaminharam para Referência Especializada como: extremos de idade, aceitação da gravidez, paridade, condições socioeconômicas, intervalo interpartal, altura, fator Rh e hábitos, presentes na ficha de seleção de risco gestacional. É notório que a soma desses fatores foi responsável por índice considerável de encaminhamentos para os centros de referência, sendo que podem ser diagnosticados e acompanhados na atenção básica, por esse motivo destacamos a importância de trabalhar a prevenção desses fatores nas consultas do pré-natal, uma vez que a mortalidade materno-fetal ocorre em sua maioria por causas evitáveis, e logo, diminuirá a demanda de gestantes referenciadas. Outro fator é o ganho ponderal, que exerce um efeito significativo nas crescentes taxas de partos operatórios, assim como no aumento do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como grande prevalência de fetos macrossômicos, trauma, desproporção céfalo – pélvica, asfixia e morte perinatal. Ademais, o ganho de peso excessivo durante a gestação pode elevar a ocorrência de retenção de peso pós-parto, maior associação com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez, fatores esses que podem ser tratados e até prevenidos na atenção básica. Considerações finais: Deste modo, fazem-se necessários treinamentos destinados aos profissionais de saúde com intuito de facilitar o entendimento sobre o uso da ficha de seleção de risco gestacional adequadamente a fim de prepará-los para melhor identificação de fatores e patologias que de fato merecem encaminhamento

para a referência. Devido à importância da classificação do risco gestacional no binômio materno-fetal é indispensável à identificação precoce destas gestações, para que assim seja possível proporcionar uma assistência adequada e obter resultados satisfatórios. Portanto, deixamos sugestões de mais pesquisas a fim de se adquirir mais conhecimentos acerca do tema. E através da nossa pesquisa fornecemos subsídios que contribuirão para novas pesquisas, melhorando a qualidade da assistência, o planejamento e a sistematização de ações que se revertam na promoção da saúde da mulher visando à diminuição da mortalidade materna - fetal.

PECULIARIDADES DE CADA GÊNERO NAS NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

Eduardo José Cecchin, Luiza Pinto de Macedo Soares, Karla Ferreira Rodrigues, Nevoní Goretí Damo, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Carlos Roberto de Oliveira Nunes, José Augusto Bach Neto, Gabriela Tessaro Cremoneis

Palavras-chave: Diabetes mellitus, mulheres, qualidade de vida, atenção primária à saúde

As doenças crônicas não transmissíveis representam grandes desafios para os atuais sistemas de saúde e para a população atingida. Para a Organização Pan-americana da Saúde as doenças crônicas são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades no mundo. A atenção continuada dos pacientes crônicos, portanto, é de suma importância para se evitar as complicações e exacerbações das patologias, que costumam interferir social e economicamente na vida de seus portadores. A diabetes mellitus (DM), por exemplo, necessita de acompanhamento

ininterrupto seja do próprio diabético (autocuidado), seja do sistema de saúde, haja vista a dificuldade de manter as mudanças nos hábitos de vida necessárias ao tratamento. Em se tratando do termo “qualidade de vida” (QV), pode ser definido como a percepção do indivíduo na sua posição no contexto da cultura e sistema de valores em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Está relacionada também ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida permite uma análise mais objetiva e clara do impacto global de doenças crônicas, como a DM, na vida dos pacientes que frequentam as unidades de saúde. Dessa maneira, entender as alterações da QV em usuários portadores de DM pode resultar em melhorias nas intervenções feitas na atenção básica, melhorando assim o tratamento e a resolubilidade do trabalho em relação à doença. O estudo PRÓPET-Saúde, da Universidade Regional de Blumenau (FURB), objetivou avaliar a qualidade de vida de usuários portadores de diabetes mellitus de quatro unidades de atenção básica de Blumenau – SC, através do questionário validado WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Bref). A amostra foi de 196 retirada de uma população de 244 usuários, cujas 48 perdas se deveram a não localização dos usuários e a recusa de participação. Foram adotados os níveis de significância de $p \leq 0,05$ e de confiança de 95%. O questionário WHOQOL-bref levanta diferentes dimensões de avaliação de qualidade de vida, expressas nos domínios: físico (1), psicológico (2), relações sociais (3), meio ambiente (4) e avaliação geral da qualidade de vida (5), além de um domínio total, relativo a todos os outros cinco domínios. Em seguida, os domínios foram relacionados às categorias: sexo, tabagismo,

se usa insulina, se tem parceiro afetivo e se mora sozinho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau em 24 de outubro de 2013 sob o parecer 435.159. Dos entrevistados, 58,2% (n=114) eram do sexo feminino, e 41,8% (n=82) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 62 anos. Em relação à diabetes, o tempo médio de diagnóstico foi de 11 anos, sendo que 26% faziam uso de insulina, com a média de 5,79 anos de uso. Destaca-se que mais mulheres estudadas (19,9%) relataram não ter parceiro afetivo em relação aos homens (5,2%) e que 15% usam antidepressivos (contra 5% dos homens). Quando analisamos a questão 1 (Q1), que pergunta objetivamente como o usuário avalia a própria qualidade de vida, observamos que os homens se autoavaliam melhor (média de 3,86 para os homens contra 3,61 para as mulheres, sendo $p < 0,05$). Dentre as dimensões avaliadas, a mais comprometida foi o domínio físico ($3,39 \pm 0,79$). Foi identificado que 26% dos usuários obtiveram pontuação menor que três nesse quesito, classificando-se como “precisam de melhorias” na escala do WHOQOL-bref. Ao observamos a média geral da dimensão, percebemos que a mais negativamente afetada refere-se à “dependência de tratamento médico e uso de medicação” (média 2,97), sendo que as mulheres se autorreferiram significativamente pior que os homens nesse quesito. Destaca-se que 42,1% das mulheres responderam objetivamente que necessitam “bastante” ou “extremamente” de tratamento médico para levar suas vidas diárias. Além disso, as mulheres também obtiveram médias inferiores aos homens em relação à dor e desconforto (Q03), à energia e fadiga (Q10) e à mobilidade (Q15). Em relação à dor, 31,5% das mulheres responderam que a dor física impede “bastante” ou “extremamente” suas atividades diárias,

contra 19,5% dos homens. Apenas 16,6% das mulheres relataram que conseguem se locomover “completamente” (contra 32,9% dos homens), sendo que 20,1% das mulheres afirmaram não ter “nenhuma” ou “muito pouca” energia para as atividades do dia a dia, número esse que conflita com 13,4% das respostas masculinas. Em relação ao domínio psicológico, os sentimentos positivos foram aferidos através da Q5 “o quanto você aproveita seu dia?”, sendo que 23% responderam “nada” ou “pouco” e outros 30% responderam “mais ou menos”. Comparando a pergunta entre os gêneros, percebe-se que a mesma questão foi respondida como “nada” ou “pouco” por 29% das mulheres, contra 14,8% dos homens. Destaca-se, também, que em relação aos sentimentos negativos (Q26), 26% das mulheres responderam ter mau humor, desespero, ansiedade e depressão de forma “frequente”, “muito frequente” ou “sempre” durante as duas últimas semanas (os homens atingiram índice de 15% na mesma questão). Além disso, 41% das mulheres aceitam de forma “média”, “muito pouco” ou “nada” sua condição de aparência física, contra 23% dos homens. Em relação ao domínio meio ambiente, a faceta mais acometida foi a de “participação e oportunidade de recreação/lazer”, seguido de “recursos financeiros”. Destaca-se que 32,6% do geral de entrevistados responderam ter “muito pouco” ou “nada” de oportunidade de lazer, sendo que esse número atinge 40% das mulheres e 21% dos homens. Somente 9,6% das mulheres afirmaram ter a oportunidade de atividades recreativas. A questão 23, referente à satisfação com o local onde mora, obteve a maior média geral entre todas as facetas do WHOQOL-bref estudadas. A média 4,15 configura-se como “boa” na escala do WHOQOL e foi atingida, pois 86% dos entrevistados referiram estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com o local onde

vivem. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres nessa questão. Aqueles sob insulino terapia apresentaram níveis mais baixos de qualidade de vida autorreferida em relação aos demais nos domínios psicológico e de avaliação global. Ser tabagista e morar sozinho não alterou significativamente os resultados. O padrão da amostra sugere que os usuários apresentam nível regular de autoavaliação de qualidade de vida e saúde. O domínio físico foi o mais comprometido, sendo que mais de um quarto dos usuários obtiveram índices muito baixos nesse quesito e, portanto, deve haver um maior esforço interventivo no sentido de melhorar esse indicador, principalmente entre as mulheres. Além disso, sugere-se uma maior atenção psicológica aos usuários sob insulino terapia, que se autoavaliaram pior que a o resto da amostra. O estudo demonstrou que o grupo feminino tem necessidades e problemas diferentes em relação ao grupo masculino e deve, portanto, sofrer interferências focais específicas por parte de ações de saúde. Ressalta-se a necessidade de ações de cunho psicológico e de reabilitação física às mulheres diabéticas, bem como maiores ações de lazer e recreação, que faltam no local. Além disso, adicionar os temas acima citados aos grupos educativos de diabetes das Unidades pode trazer bons resultados de melhora aos índices de qualidade de vida da população estudada.

PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE A AVALIAÇÃO POR MEIO DE PORTFÓLIO

Isabel Cristina Belasco, Fábio Gonçalves, Indianara Keila Pastorio, Thiago Souza Rosado

Palavras-chave: Educação Médica, Avaliação, Portfólio

Apresentação: Este trabalho trata-se de um Estudo Descritivo Exploratório Transversal, tendo como objetivo descrever a percepção dos alunos sobre a utilização do portfólio na educação médica em atividades de Prática em Saúde Coletiva. Desenvolvimento: No que tange à Medicina, a formação tradicional, ainda hoje hegemônica, decorre das recomendações elaboradas por Flexner, em 1910, que foram amplamente difundidas e resultaram em uma espécie de “modelo” a ser assumido pelas instituições formadoras. Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. A divisão entre o saber manual e intelectual proporcionou o surgimento de um novo método de ensino voltado às linhas de produção. Esse método tradicional segue uma prática de avaliação baseada em exames e na transmissão de informações de forma oral, na qual o aluno, um agente passivo, tende a armazenar informações num processo de memorização, sem intercâmbio externo ou experimentação ativa. Porém, a exigência de profissionais cada vez mais qualificados para a transição tecnológica, acarretou mudanças no paradigma educacional, inclusive na área da saúde, pois o paradigma vigente mostra-se insuficiente para formação humanista, já que forma profissionais mecanicistas, individualistas, acrílicos e reprodutivos do trabalho em Saúde. Assim, o método tradicional vem dando espaço para o aprendizado baseado na problematização, que visa a integração do mundo externo com o mundo interno do aluno, tornando-o um agente ativo, responsável pelo seu próprio aprendizado. Tendo a subjetividade gradativamente incorporada ao indivíduo do século XXI, a reestruturação produtiva flexível cobra habilidades advindas de uma

qualificação baseada na integralidade. Esse aprendizado baseia-se na avaliação da capacidade individual de cada estudante em fazer julgamentos, avaliar, e saber identificar os problemas mais relevantes e como resolvê-los. Esse método cumpre um papel mais eficaz e sustenta a importância da formação numa perspectiva reflexiva, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais brasileiras para formação de profissionais compatíveis com as exigências do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto surgiu o portfólio enquanto instrumento que pode favorecer a reflexão contínua do aluno e do professor sobre a qualidade das práticas educativas. No presente trabalho, foram estudados acadêmicos do curso de medicina, de uma universidade privada do interior do estado de São Paulo, que estão inseridos nos dez primeiros termos, por serem os que utilizaram da avaliação por portfólio em uma disciplina teórico-prática. A coleta de dados foi realizada através de questionário semiestruturado e a análise dos dados feita de forma a verificar os pontos mais consistentes em termos qualitativos, sendo realizada a análise por categorização das respostas, seguindo o referencial de Minayo, de análise de conteúdo. Resultados: Acerca da opinião dos sujeitos sobre a definição de portfólio emergiram as categorias: Relato, Registro, Diário, Resumo/Síntese, Método de Avaliação/Auto avaliação, Possibilidade de Reflexão, Relacionado a obtenção de nota, Espaço para expressão de sentimentos e impressões e relacionado a aspectos negativos. Dentre os achados da pesquisa, verificamos que grande parte dos sujeitos concebe o portfólio como um relato das atividades vivenciadas, alguns deles o percebem como uma possibilidade de reflexão sobre sua prática, no entanto, não houve dentre os sujeitos, quem descrevesse o portfólio como possibilidade de interrelação entre teoria e prática, o que poderia se definir

como metacognição, uma das metas do portfólio enquanto instrumento de avaliação. Percebemos também dentre as respostas certa resistência a esse instrumento de avaliação, demonstrados por respostas como “um trabalho maçante”, “método de avaliação inútil”, o que torna a utilização do mesmo infrutífera frente ao projeto de construção do conhecimento. Algo que nos chama a atenção é a fala de alguns estudantes quando referem que não houve orientação exata sobre a estrutura do portfólio, denotando talvez que o próprio docente tenha dúvidas com relação a este aspecto, o que ficou evidenciado em outros momentos quando os estudantes referiram que os docentes não fazem a leitura do portfólio com cuidado. Para os estudantes pesquisados, os critérios que avaliariam melhor o portfólio seriam a organização, a reflexão, o conteúdo, a pesquisa, a redação, o interesse, a estrutura, a participação nas aulas, pontualidade na entrega. Alguns sujeitos expressaram seu descontentamento com o instrumento, não acreditando que o portfólio possa avaliar verdadeiramente o aluno, e outros também referiram a incompreensão dos critérios utilizados, expressando a opinião de que “Não entendo muito bem os critérios, então quanto mais enrolação, melhor”. A esse propósito, Silva e Sá-Chaves (2008) chamam atenção para que quando o formando não está familiarizado com a estratégia do portfólio e/ou com mecanismos que permitam refletir sobre a própria aprendizagem, podem ocorrer alguns impactos negativos iniciais com a sua utilização. Segundo Sá de Carvalho (2010), o portfólio visa oferecer ao estudante a oportunidade de documentar sua história como uma forma de acesso ao conhecimento de si, tanto quanto ao conhecimento em geral, sendo um meio de se aprofundar, de se interrogar, de se tocar no fundo de si mesmo, sobretudo de se tentar saber quem se é. Nesse sentido, observamos entre as

respostas que um estudante referiu que um critério para ser avaliado deveria ser de “explicação e conclusão do que foi aprendido em aula juntamente com o que o aluno determinou de importante para ele”. Um fator importante a se destacar na confecção do portfólio é a regularidade nos registros. Torna-se imprescindível que o estudante se debruce sobre sua vivência de forma reflexiva e se existe uma lacuna entre o que é vivenciado e o registro, muitas informações e percepções se perdem, prejudicando a o aproveitamento do instrumento em uma de suas finalidades que é a perspectiva de reflexão sobre o processo de trabalho. Isso implica em que a prática cotidiana deva ser registrada sistematicamente para que nenhum aspecto relevante se perca. Quando a maioria dos estudantes refere que fazem anotações em seu portfólio na véspera da entrega, presume-se que muitos dados se perdem e a reflexão sobre a prática fica prejudicada. Apenas um estudante de toda a população estudada refere fazer as anotações diariamente. Quando abordados acerca do que é registrado no portfólio, emergiram nas respostas dos estudantes as categorias, Experiências vivenciadas no campo, Aulas, Pesquisas, Reflexões sobre a vivência e Aspectos importantes para o aprendizado. Um dos grandes empecilhos referidos pelos estudantes para a confecção do portfólio foi a falta de tempo. Além disso, também emergiram as categorias Falta de motivação, Dificuldade de reflexão, Dificuldade de escrever, Dificuldade em compreender o instrumento, e muitos alegaram não lembrar dos fatos. Entre as dificuldades alegadas pelos alunos também surgiram a dificuldade de expressão e de formulação de sínteses, além do que, alguns alunos referiram que não existem critérios claros para a correção dos mesmos, e que estes são desvalorizados pelos docentes. Considerações Finais: O registro diário no Portfólio, logo após as atividades é de suma

importância para que nenhum dado se perca e o processo de ação/reflexão seja efetivado, porém, com a falta de compreensão do potencial do instrumento, muitos alunos deixam de aproveitar a riqueza do mesmo para sua formação. Concluímos que o portfólio como instrumento de avaliação é potencialmente inovador e enriquecedor para a formação, porém subutilizado no contexto do curso estudado tanto pelos docentes como pelos discentes.

PERCEÇÃO DE PETIANOS SOBRE AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: PARTICIPANTES DO SUDESTPET E ENAPET 2014

Giuliana Amador de Barros, Patrícia Rossetti Dearo, Letícia Chiaramonte de Moraes, Fernanda Melo de Oliveira, Taina Batista Pedroso, Bruna Arcaim da Silva, Rosana Aparecida Salvador Rossit

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação Tutorial (PET) surgiu no ano 1979, com o objetivo de aprimorar o ensino superior brasileiro. Atualmente financiado pela Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), o Programa é formado por grupos espalhados por todo Brasil, em instituições de ensino superior públicos e privados, sendo esses grupos constituídos por no máximo 12 alunos bolsistas e até seis não bolsistas, acompanhados por um professor tutor. Os grupos são responsáveis por desenvolver atividades extracurriculares tendo como requisito a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. As práticas que compõem o Programa têm como objetivo propiciar ao aluno vivências e experiências para além do seu curso de graduação, favorecendo a formação acadêmica e a prática profissional. Frente à ampla gama

de desafios refletidos na implantação, manutenção, sustentabilidade do Programa junto com inconstância de liberação e normatização para o pagamento de bolsas e uso da verba custeio, inúmeras mudanças nas políticas educacionais e no sistema de ingresso e permanência de estudantes nas universidades, torna-se relevante avaliar as influências do PET na formação profissional através da ótica dos integrantes acadêmicos do PET. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo conhecer as percepções dos acadêmicos das diferentes áreas do conhecimento envolvidos no PET, dando voz para que possam expor suas opiniões acerca das potencialidades, fragilidades e sugestões na perspectiva do aprimoramento do Programa. METODOLOGIA: A metodologia do trabalho foi baseada em dois modelos de questionários que foram aplicados em diferentes eventos que reuniram alunos integrantes do grupo PET por todo o Brasil. O primeiro encontro foi o Sudeste PET, que ocorreu de 18 a 20 de abril de 2014 na cidade de Seropédica, RJ e o segundo foi ENAPET, que ocorreu de 28 a 02 de agosto de 2014, na cidade de Santa Maria, RS. Os participantes dos dois eventos foram convidados a fornecer informações sobre a sua participação a respeito do Programa de Educação Tutorial. O primeiro questionário, do tipo aberto, solicitava informações pessoais, institucionais e do grupo PET. O participante expressava sua opinião em relação a três categorias: “Que bom” apontando aspectos positivos relacionados ao PET; “Que pena”, destacando os aspectos negativos e, por fim, “Que tal”, espaço destinado ao apontamento de sugestões. A primeira coleta de dados foi realizada no SudestePET 2014. A segunda coleta de dados foi realizada no ENAPET 2014. Além do questionário aberto, também aconteceu neste evento, à aplicação de um questionário fechado, no qual os “petianos” deveriam assinalar as opções a

partir de um checklist que foi organizado com as principais categorias obtidas do questionário aberto do Sudeste PET. A amostra por conveniência foi constituída por 199 acadêmicos vinculados a grupos PET do Brasil, que manifestaram a concordância livre e esclarecida e responderam a enquete. RESULTADOS: Responderam ao questionário, 199 acadêmicos participantes do SudestePET e do ENAPET, ambos de 2014. Eles estão vinculados a 29 instituições de ensino superior (IES) brasileiras e a 64 grupos PET. Potencialidades: A percepção dos acadêmicos dos PETs foi classificada nas seguintes categorias: A categoria “Ensino” foi considerada por 91 respondentes. “Extensão” em 89 respondentes. “Enriquecimento da formação” por 111 respondentes. “Pesquisa” por 77 respondentes. “Trabalho em equipe” por 83 acadêmicos. A prática do tripé ensino, pesquisa e extensão foi citada por 36 respondentes, na categoria “Indissociabilidade”. “Multi/ Interdisciplinaridade” por 33 acadêmicos. A “Participação em eventos” por 50 respondentes. Na categoria “Tutor”, 41 respondentes consideram o tutor como uma pessoa que coordena os trabalhos com experiência e que possui uma relação horizontalizada com os acadêmicos. O “Reconhecimento na IES” foi apontado por 16 acadêmicos. “Bolsa” por 32 respondentes. Dificuldades: As dificuldades foram classificadas nas seguintes categorias: O “Uso de recursos” relacionando ao recebimento de verbas de custeio, foi mencionado por 70 respondentes. “Reconhecimento” por 60 petianos. Dificuldades em relação à “Prática do tripé” foram apontadas 38 vezes. A categoria “Bolsa” por 43 respondentes, sendo justificada pelos atrasos e por não ser suficiente para garantir os custos da permanência estudantil. Em “Apoio”, 48 acadêmicos relataram a falta de apoio das IES. A “Burocracia” por 40 estudantes. A

falta de vínculo entre os grupos PET foi apontada 44 vezes na categoria “Interação entre os grupos PET”. “Sobrecarga” por 26 acadêmicos. “Normas” por 17 respondentes. “Relacionamentos” por 20 petianos. O “Compromisso do “petiano”” foi queixa de 17 acadêmicos. “Eventos” por 9 respondentes. Sugestões: As sugestões dos acadêmicos foram divididas nas seguintes categorias: Na categoria “União dos PET”, 30 respondentes apontaram a necessidade de atividades integradas entre os grupos PETs. Relacionado à “Verba custeio”, 58 acadêmicos sugeriram maior flexibilização no uso dos recursos. Na categoria “Bolsa”, 47 acadêmicos apontaram a necessidade do aumento no valor; e, 52 desejam maior “Reconhecimento” dos órgãos públicos e da comunidade acadêmica. Na categoria “Apoio”, 42 acadêmicos sugerem que a IES e os órgãos públicos apoiem mais as atividades exercidas pelos grupos. A redução da “Carga horária” é apontada por 18 petianos. Os critérios de “Avaliação do Programa” apareceram em 46 respostas; e, 27 acadêmicos sugeriram a criação de “Novos grupos PET”. A “Infraestrutura dos eventos” foi apontada em 21 respostas, sendo sugerido melhorias na alimentação, sanitários e, principalmente, nos alojamentos. Não há dúvidas que a dinâmica da educação superior, assim como o desenvolvimento científico, cultural e tecnológico façam ressurgir ideias e criem novos argumentos para alimentar o debate em torno do PET. Isso é importante, e deve ser compreendido como defesa de pontos de vista e de expectativas que pretendem, acima de tudo, produzir um Programa acadêmico cada vez mais integrado aos avanços do mundo moderno e compreendido pela sociedade que o financia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A presente pesquisa revela uma visão positiva sobre o PET, que fornece a oportunidade de aproximação da indissociabilidade

entre ensino, pesquisa e extensão, importante para o enriquecimento pessoal e profissional, na aprendizagem, trabalho em equipe, experiência e da possibilidade de se desenvolver projetos e pesquisas. Entretanto, é necessário que os resultados apontados e o campo político do Programa sejam fortalecidos, para haver possibilidade de novas ações e construção conjunta dos espaços e propostas para o desenvolvimento do PET, almejando reconhecimento do governo, da comunidade acadêmica e da sociedade. Portanto, é de extrema relevância avaliar continuamente o Programa, abrangendo a percepção dos acadêmicos e também de tutores e egressos. Tornar essa avaliação uma pesquisa científica confere visibilidade a essas questões e, contribui para o desenvolvimento e aprimoramento de aspectos relacionados ao Programa de Educação Tutorial.

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE TERESINA-PI SOBRE A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Carina Braúna, André Carvalho

Palavras-chave: sus, integralidade, assistência farmacêutica

Introdução: A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. A partir de então, princípios importantes vêm direcionando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso e integralidade da atenção e equidade. Nesse âmbito, criaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 com envolvimento de outros

profissionais no apoio às equipes mínimas de saúde da família. O presente trabalho visa investigar a importância da inserção do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família da rede de atenção básica de Teresina – PI. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa de campo exploratória descritiva com abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas seguindo roteiro de condução com auxílio de gravadores de voz. A presente pesquisa foi realizada nas unidades básicas de saúde vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF do município de Teresina – PI, abrangendo as regiões norte, sul e leste, com os profissionais do serviço, no período de maio a agosto de 2015. Resultados: A universalidade proporcionou a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica constitui uma prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Assim, a AB fortaleceu-se na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde. Nesse âmbito, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela portaria ministerial 154/2008, como uma estratégia inovadora, objetivando a ampliação da abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade. A assistência farmacêutica (AF) constitui uma das ações previstas em sua legislação, entretanto configura-se ausente no município estudado: “O Nasf é uma equipe multidisciplinar formada por nutricionista, psicólogos, educador físico, fisioterapeuta e assistente social, “nós prestamos um apoio às atividades desenvolvidas na saúde da família e prezamos pelos atendimentos coletivos em vez de individuais, fazemos visita

quando necessário. É uma equipe que está para apoiar a equipe saúde da família” (profissional). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), definiu as funções e finalidades da AF no âmbito do SUS como um grupo de atividades destinadas a dar suporte às ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo a aquisição de medicamentos com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (BRASIL, 1998), porém como pode-se ver no depoimento de um profissional: “às vezes o médico passa a medicação para o hipertenso e ele não toma direito, não toma em horários regulares, você faz anamnese no hipertenso ou diastólico: - Você toma medicação? - Tomo - Que horas? - Ah, é três vezes ao dia - Você tomou hoje? - Não ...E já são 10 horas da manhã.” “Então assim, acho que o farmacêutico era importante para orientar, para estar ali para realmente falar sobre o medicamento porque a coisa tá desgarrada. Quando a pessoa orienta e mostra o perigo que é o uso do medicamento sem prescrição ou então usar medicamento demais, acho que pode ser bom.” (profissional). Conclusão Sob a ótica da maioria dos profissionais do NASF entrevistados (83%), a Assistência Farmacêutica no município faz-se necessária de forma que garanta uma infraestrutura necessária para sua implementação, adequações físicas nas unidades de dispensação e contratação de farmacêuticos para as equipes de saúde envolvidas nos NASFs, com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde e à busca da integralidade da atenção e, assim, a melhoria de serviços prestados na rede de atenção básica do município.

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO CEARÁ

Janice Davila Rodrigues Mendes, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maria Socorro Araújo Dias, Daniel Rodrigues Fernandes

Palavras-chave: Educação em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Este programa surgiu como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da atenção básica. Em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu que o PSF, embora rotulado como programa, por suas especificidades, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizava-se como uma estratégia que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Desta forma, o PSF passou a ser considerado uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) entendida como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Em 1998, uma pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em convênio com o Ministério da Saúde, mostrou números alarmantes em relação à saúde bucal dos brasileiros, como, por exemplo, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham frequentado um consultório odontológico. Revelaram, também, que a saúde bucal estava recebendo uma parcela

escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS, pois, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos. Os resultados deste estudo motivaram o Ministério da Saúde a propor medidas que contribuíssem para a melhoria da Saúde bucal da população. Assim, como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, houve a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da publicação da Portaria GM/MS, nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios. Desta forma, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na ESF. Em março de 2001 foi publicada a Portaria GM/MS nº 267, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Atenção Primária. Neste contexto de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, em 2004, o Ministério da Saúde publicou um documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Esta política teve como embasamento epidemiológico a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira”, e suas diretrizes tinham como objetivo principal promover uma reorganização da atenção em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do processo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Desta forma, embora tenha havido vários avanços na área odontológica, os agravos bucais e suas sequelas ainda constituem-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas. Tais agravos são facilmente prevenidos através da mudança de hábitos de higiene bucal e de alimentação da população, assim como a

realização de ações de educação em saúde. Assim, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais pública e coletiva. As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação dos profissionais e usuários na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença. Diante desse contexto, realizamos um estudo com o objetivo de analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. O período da coleta de dados foi durante os meses de novembro do ano de 2013 a janeiro de 2014. Estas atividades foram analisadas tomando-se como referencial teórico de educação em saúde o método da Educação Popular de Paulo Freire. A pesquisa classificou-se em exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as equipes de saúde da família no município. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e a observação simples e, processados através da Análise de Discurso. Na análise e discussão dos resultados, a concepção de Educação em Saúde referida majoritariamente pelos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações e na superposição de saberes, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo. Porém, alguns poucos sujeitos da pesquisa mostraram uma percepção de Educação em Saúde mais abrangente, que se aproxima do Modelo Dialógico ou da Educação Popular, envolvendo o diálogo, a troca de experiências e o “aprender/estar com o outro”. Sobre o processo de planejamento e

desenvolvimento, nota-se que a integração entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e equipe de saúde da família, no que diz respeito às atividades para escolares, é um processo ainda em construção, não estando consolidado na ESF. No que se refere às temáticas trabalhadas, variam de acordo com a faixa etária e condição de vida de cada grupo e os assuntos restringem-se a temas relacionados somente com a área da odontologia. Infere-se que há possibilidades da escolha das temáticas das atividades para grupos ser estabelecida apenas entre a equipe de saúde, sem que haja a participação da comunidade. As estratégias adotadas são predominantemente palestras expositivas; outros recursos audiovisuais, e técnicas como teatros, fantoches também foram expostos, mas como ações pontuais. A compreensão de participação da comunidade que a maioria dos profissionais detém refere-se apenas ao esclarecimento de dúvidas e questionamentos dos usuários. Não há o estímulo ao desenvolvimento da autonomia e ao empoderamento da população. Os profissionais encontram-se frente a diversos desafios que dificultam a consolidação de um novo modelo technoassistencial em saúde, o processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a formação acadêmica dos profissionais, os programas Ministeriais, com seus protocolos e metas, os aspectos estruturais e as concepções acerca da Educação em Saúde confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia o Modelo Tradicional de Educação, e que faz com que este permaneça hegemônico nas práticas atuais. Nota-se a necessidade de reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas educativas no cotidiano dos serviços, de forma conjunta, envolvendo os diversos atores e setores implicados. É fundamental, também, que as ESB revejam suas práticas, e as estratégias utilizadas, realizando avaliações periódicas,

assim, a Educação em Saúde poderia se consolidar como um instrumento efetivo a serviço da Promoção da Saúde. É necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, que considerem a educação popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. Este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a Educação em Saúde.

PERFIL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE SECUNDÁRIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE

Francisco Ariclene Oliveira, Maria Isabel de Oliveira Braga, Antonia Ingridy Pinto de Sousa, Aviner Muniz de Queiroz, Márcia Mota da Silva, Mirian Ferreira Coelho Castelo Branco, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, Complicações na gravidez

APRESENTAÇÃO: A adolescência é um período determinado pela faixa etária de 10 aos 19 anos de idade (OMS). É considerada uma fase de transição permeada por descobertas, conflitos, dúvidas, além de alterações biopsicossociais que conferem particularidades a esse período as quais devem ser consideradas visando a integralidade do indivíduo. Dentre as alterações fisiológicas, destacamos as hormonais, que levam a descoberta da sexualidade, ocasionando assim o interesse e a procura por namoro e relações sexuais. Na perspectiva do cuidado ao adolescente, ressalta-se a necessidade de troca de informações e experiências de forma a empoderar o indivíduo sobre a importância do sexo de maneira segura e consciente. Para

tal, incentiva-se o planejamento familiar com a inclusão de métodos de barreira (preservativos masculino ou feminino) que, além de prevenir uma gravidez indesejada, protege contra infecções sexualmente transmissíveis. Prietsch (2011) aponta como o principal fator causador de gravidez indesejada, os baixos índices de uso de contraceptivo, associado à falta de conhecimento destes adolescentes. Nesse contexto, Carvalho (2009) afirma que uma gravidez não planejada gera importantes repercussões na vida das adolescentes, seja no aspecto físico, psicológico e social dessas mulheres que podem não estar preparadas para assumir a maternidade. A gravidez não planejada também pode resultar em altas taxas de complicações obstétricas devido à imaturidade corporal. Sabe-se que a fase da adolescência ocorre geralmente um aumento significativo no crescimento e desenvolvimento físico, o que contribui para maiores riscos de complicações maternas como: pré-eclâmpsia, anemia, parto pré-termo, infecções, entre outras. No ano de 2007, ocorreram quase três milhões de nascimentos no Brasil. Deste, 21,3% correspondem a parto de mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, 2012). O interesse pelo estudo foi despertado durante a vivência em campo de estágio na disciplina saúde da mulher, onde pudemos perceber o alto índice de adolescentes grávidas em acompanhamento de pré-natal. Diante deste contexto surgiu a seguinte pergunta: Qual o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de adolescentes grávidas e as características de recém-nascidos atendidos em uma maternidade secundária da região metropolitana de Fortaleza-CE? Tal conhecimento subsidia o planejamento de cuidado voltado para as necessidades e singularidades desse público e, em um nível mais abrangente, fortalece ações de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde da mulher. Esse estudo objetiva

analisar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de adolescentes grávidas e as características dos recém-nascidos em uma maternidade secundária da região metropolitana de Fortaleza-CE no ano de 2013. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo documental, transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 878 prontuários de adolescentes admitidas para realizar o parto em uma maternidade secundária de Maracanaú durante o ano de 2013. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2014 em uma maternidade no município de Maracanaú - CE. A coleta dos dados foi realizada por meio de um formulário elaborado pelas pesquisadoras com perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos e características do recém-nascido. Foi realizado teste piloto onde foram coletados dados em 10 prontuários a fim de avaliar a adequabilidade das perguntas do Instrumento de coleta de dados. Após o teste piloto o formulário foi reformulado, sendo retiradas as perguntas sobre o parto e acrescentado sobre as características do recém-nascido. Tais informações foram retiradas devido sua ausência ou incompletude nos prontuários pesquisados. Os prontuários que fizeram parte do teste piloto foram excluídos da amostra. Após a coleta os dados foram tabulados e apresentados em tabelas. Os resultados foram analisados de forma quantitativa com auxílio do Programa Excel, para o cálculo de medidas da estatística descritiva para facilitar a interpretação dos resultados, os quais foram analisados à luz da literatura pertinente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMETRO, sob o número de parecer 744.354. Após a aprovação foi encaminhado à instituição o Termo de Fiel Depositário solicitando o acesso aos prontuários. Ressalto que foram respeitados o anonimato dos participantes, fidedignidade dos dados e os demais

princípios éticos dispostos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS: Os resultados constataram que 733 (83,5%) são adolescentes na faixa etária de 16 a 19 anos; 464 (52,9%) possuem o ensino fundamental II completo e 379 (43,1%) concluíram o ensino médio. A amostra apresentou-se mista quanto ao estado civil, onde 438 (49,9%) são solteiras e 437 (49,8%) são adolescentes casadas/união estável. Houve maior prevalência de gestantes pardas com 773 (88%) e, por se tratar de um município com área indígena, 4 (0,45%) declararam tal raça. Do total de adolescentes assistidas na maternidade em estudo, apenas 312 (35,5%) residiam no município de Maracanaú. Em relação ao número de gestações, foi identificado que 669 (76,2%) eram primigestas e 57 (6,5%) eram multigestas com três ou mais gestações. Entre os tipos de parto, houve um predomínio do parto vaginal, com 524 (59,7%). Quanto ao tipo de gravidez, 876 (99,9%) eram de gestação única, sendo apenas 1 (0,1%) gemelar. Em relação ao pré-natal, identificamos uma assistência deficiente onde 471 (53,6%) realizaram menos de 7 consultas e 341 (38,8%) iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre. Com relação aos dados no momento do parto, a maioria das mulheres (685- 78%) deram a luz com idade gestacional de 37 a 41 semanas. Apesar de a amostra tratar-se de adolescentes, o que pode pressupor uma gravidez de risco, identificamos um perfil relativamente normal entre os recém-nascidos. Tal fato pode estar relacionado à maioria das adolescentes estarem na faixa etária de 16 a 19 anos o que diminui os riscos biológicos. Em relação às características do recém-nascido, 443 (50,4%) são do sexo feminino; 686 (78%) nasceram a termo; e 785 (89,3%) apresentaram peso normal, ou seja, entre 2.501 a menor de 4.000 gr. Quanto a forma de apresentação, 858 (97,6%) foram cefálicas. O valor do apagar

no 1º minuto predominou entre 8 e 10 (770 - 87,6%), mantendo esse predomínio no 5º minuto, com 864 (98,3%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O perfil da gravidez na adolescência evidenciado neste estudo mostra que, a maioria está na faixa etária de baixo risco (16 a 19 anos), apresentam baixa escolaridade, são solteiras, raça parda. Identificamos também predomínio das primigestas, com parto vaginal, gravidez única, número de consultas do pré-natal adequadas (7 ou mais), início das consultas de pré-natal no primeiro trimestre e idade gestacional dentro dos padrões considerados normais (37 a 41 semanas). Quanto aos recém-nascidos, foi identificado um perfil relativamente normal. Esse perfil mostra que, apesar dos avanços e da divulgação de estudos sobre essa temática, a gravidez na adolescência continua como uma prática recorrente. Com isso, reforça-se a importância de se repensar em ações associadas para as adolescentes, família e sociedade, visando diminuir o número de gravidez indesejada, tornando-se de grande importância a atuação da enfermagem.

PERFIL DE DIABÉTICOS E AUTOCUIDADO DA ESF AFONSO BALSINI DE BLUMENAU – SC

Rúbia Kaszczesen Farias, Eduardo José Cecchin, Luiza Pinto de Macedo Soares, Luiza Souza de Magalhães, Karla Ferreira Rodrigues, Francielly Carine Marques Lauer, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Nevon Goretti Damo

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, autocuidado, diabetes mellitus

As doenças crônicas, segundo a Organização Panamericana de Saúde, são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades no mundo. A atenção continuada dos pacientes crônicos,

portanto, é de suma importância para se evitar as complicações e exacerbações das patologias, que costumam interferir social e economicamente na vida de seus portadores. A Diabetes Mellitus (DM), por exemplo, necessita de acompanhamento ininterrupto, seja do próprio diabético (autocuidado), seja da unidade básica de saúde, haja vista as dificuldades inferidas pelas mudanças nos hábitos de vida necessárias para o sucesso do tratamento. Deve-se considerar ainda que a Diabetes Mellitus prejudica a sociedade ao diminuir a produtividade e o tempo de trabalho dos seus portadores, causando aposentadorias precoces e influenciando nas taxas de mortalidade, além dos altos custos devido às complicações e internações, sendo elas 145 mil, em 2011, no Brasil. O surgimento e a progressão das complicações da diabetes repercutem negativamente na qualidade de vida das pessoas acometidas podendo levá-las a apresentar ou agravar quadros depressivos e de não adesão ao tratamento. Em 2011, cerca de 366 milhões de adultos no mundo eram portadores da condição. Em 2030 a estimativa é que esse número alcance os 552 milhões. A prevalência da DM nos países da América Central e Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Só no Brasil, dados de 2011 relatam que 12,4 milhões de pessoas tinham a doença, sendo que o esperado para 2030 é de que o país atinja a marca de 19,6 milhões de portadores. A presente pesquisa objetivou identificar o perfil e a aderência ao autocuidado de todos os usuários diabéticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Afonso Balsini de Blumenau – SC, através do “Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes” (QAD), que é um instrumento validado. O QAD traduz seus resultados em domínios “alimentação geral (1)” e “específica (2)”, “atividade física (3)”, “monitorização da glicemia (4)”, “cuidados com os pés (5)”,

“medicação (6)” e “tabagismo (7)”. Cada domínio do QAD é formado por questões que pontuam de 0 a 7, sendo cada ponto relativo a um dia da semana no qual o usuário realizou a atividade questionada. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 1.124673. Após calibramento, quatro pesquisadores do PROPET-Saúde da Universidade Regional de Blumenau (FURB) realizaram a aplicação domiciliar do QAD e de um questionário socioeconômico. Além disso, os pesquisadores realizaram a coleta da glicemia capilar, utilizando o mesmo glicosímetro para todos os usuários. As entrevistas foram realizadas em julho de 2015, mediante agendamento prévio via telefone, sendo considerados como perda os usuários que não se encontravam em casa ou que não atenderam ao telefone após duas tentativas. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: diagnóstico de DM, ter idade superior ou igual a 18 anos e aceitar participar da pesquisa voluntariamente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A população efetivamente entrevistada (34) correspondeu a 60,7% da população total de diabéticos da ESF, sendo que a maioria (65%) eram mulheres, 55% acima de 60 anos, sendo 53% aposentados e 88% com apenas o 1º grau ou menos completo (incluem-se analfabetos). Dentre os avaliados, 68% não souberam distinguir o tipo de diabetes que possuem e 65% não estavam com a glicemia controlada no momento da aferição (glicemia >150). Além disso, 35% da amostra estava sob insulino terapia. Segundo Michelset al., 2010, a análise da aderência por domínios do QAD só é possível para os domínios 1, 3 e 4, os quais possuem questões com correlação positiva. Na amostra estudada, observa-se maior comprometimento no domínio físico (aderência média de 1,23 dias - em escala de 0-7), sendo que a

questão relativa à quantidade de dias em que o entrevistado praticou algum exercício físico, como caminhar ou nadar, alcançou a menor média do estudo (aderência = 0,55 dias). Destaca-se, ainda, que o grupo sob insulino terapia se saiu melhor no domínio físico (média 1,83) do que o grupo que não usa insulina (média 0,9). Em relação à aderência medicamentosa, os usuários reponderam usar a medicação recomendada em média 5,91 dias na semana, fator esse que alcançou o melhor índice da pesquisa. O domínio “monitorização da glicemia” obteve média de 2,36 dias, sendo que entre os insulino dependentes, a avaliação da glicemia capilar era feita em média 6,08 dias da semana, contra 0,58 dias dos não dependentes de insulina. Além disso, os usuários sob insulino terapia demonstraram ter seguido a orientação alimentar em 5,5 dias, contra 2,7 dias dos não insulino dependentes. A média do domínio alimentação geral foi de 4,39, sendo que os usuários responderam que ingerem alimentos ricos em gordura, carnes vermelhas ou leite integral em média 4,9 dias na semana e que ingerem doces em média 2 dias na semana. Esse dado sugere pouca orientação alimentar da amostra estudada: apesar de ingerir doces em média 2 dias na semana, os entrevistados demonstraram imprudência na hora de ingerir alimentos ricos em gordura, carnes vermelhas e leite integral. Faz-se, portanto, notadamente necessário um trabalho de educação alimentar frente aos resultados obtidos. O grupo PROPET-saúde tem incentivado a participação dos estudantes como protagonistas de grupos de diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, e pode, nesse caso, ser usado como fortalecedor da educação alimentar da população. Além disso, percebemos que a atividade física deve ser encarada como fator de preocupação e de necessidade de intervenção, principalmente entre o grupo

de não insulino dependentes. Segundo outros estudos, a caminhada é atividade física preferencial entre os adultos, em especial entre as mulheres, e pode ter sido evitada pelo relevo do bairro em que os entrevistados vivem. A localidade possui regiões íngremes que tornam a prática desportiva de certa forma desgastante e não há qualquer área de incentivo à prática de atividade física no bairro. A própria cidade de Blumenau tem encontrado resultados positivos com grupos de dança em determinada ESF que ajudam no preparo físico dos usuários locais, o que poderia ser aplicado no local como forma de prática integrativa entre esporte e lazer. Como os fatores mais alterados (atividade física e alimentação) referem-se a mudanças de hábito de vida, faz-se importante manter constantes os esforços de intervenção nos citados fatores, uma vez que, segundo outros estudos, tais atividades são as mais dificilmente corrigidas na prevenção e tratamento de doenças crônicas.

PERFIL E CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS PRECEPTORES DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO RIO DE JANEIRO

Luciana da Conceição e Silva, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Educação, Trabalho, Residência

O tema deste trabalho é a formação em saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Neste estudo mostraremos o resultado do estudo que fizemos com os preceptores. O objetivo geral é analisar o perfil das concepções, teóricas e ético-políticas, dos preceptores. A metodologia do estudo foi a pesquisa qualitativa e realizou-

se a partir dos relatos dos preceptores do HESFA/UFRJ que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Segundo Minayo (2010), a relevância de dados qualitativos está na amostra de pelo menos 30% de um universo. Assim, do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. O critério de escolha foi o sorteio aleatório. Utilizou-se o Roteiro de Entrevista Semiestruturada e a Análise de Conteúdo Temática para a coleta e tratamento dos dados. O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Observamos como dados da nossa pesquisa que a maioria dos preceptores é do sexo feminino (92%), contra 8% do Sexo masculino. Um dos traços estruturais do setor de serviços de saúde é a preponderância da força de trabalho feminino principalmente as que envolvem o cuidado, um fenômeno observado em todos os países. O processo de feminização é um aspecto a ser considerado neste trabalho, apesar de não ser aprofundado, tendo em vista que a questão do gênero, nos seus aspectos sociais e culturais, tais como a carga de trabalho exigido da mulher e a própria desvalorização do trabalho na saúde vêm sendo observados na área. A feminização da força de trabalho é acompanhada pela desvalorização econômica e social da atividade. Observou-se que a maioria dos profissionais preceptores possui mais de 40 anos de idade, trabalha há mais de 20 anos na instituição, está na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher desde o início e tem vínculo estatutário com carga horária de 40 horas semanais. Quanto à categoria de análise sobre as referências teórico-metodológicas e posicionamento político-ideológico dos preceptores

verificou-se que 50% dos preceptores citaram a concepção da Organização Mundial da Saúde e, assim, percebem a saúde como bem-estar físico, mental e social, distanciando-se dos determinantes assegurados na Constituição Brasileira de 1988. De qualquer forma, 25% deles citaram a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que abarca os determinantes concretos na saúde. No entanto, 17% têm concepção eclética citando várias teorias sobre saúde e 8% apontaram a saúde apenas como ausência de doença, concepção considerada mais defasada na saúde por ser mais voltada às compreensões biologicista e curativista. É fato a existência de diversas concepções de saúde. Neste trabalho, essas concepções foram de três tipos: a de modelo Flexneriano (biomédico) – que centra o estudo na doença individual e concretamente, no qual as relações sociais vivenciadas pela sociedade não contam para o ensino médico e não são consideradas no processo de saúde-doença; a da OMS – que coloca a saúde como um completo bem estar físico, mental, e social e não apenas ausência de doença. Este conceito é bastante avançado devido ao período histórico de pós-Segunda Guerra Mundial, contudo, ainda é um conceito idealista que coloca a saúde como algo a ser alcançado e a concepção do Movimento de RSB que apresenta um conceito ampliado de saúde e assegurado na Constituição Federal de 1988, tornando-se base teórico-metodológica da Saúde Coletiva brasileira. Quanto à visão que os preceptores têm sobre o SUS os dados revelam que 35% destacam a importância da Descentralização/Regionalização; 20% consideram o SUS Formal, mas que não se efetiva na realidade; 15% destacam um programa ou Política Atual (Clínica da Família, CAPS); 15% defendem, mas apontam dificuldades; outros 10% destacam o avanço em relação à Integralidade/Universalidade/Acessibilidade; ainda, 5% não acreditam na

viabilidade do SUS. Procurou-se verificar como o SUS é visto pelos sujeitos que podem transformá-lo em realidade, tal como está definido nas legislações de saúde e diante dos desafios postos pela sociedade capitalista e as intervenções neoliberais. Uma postura de entendimento sobre a importância da construção do SUS e sua defesa crítica é essencial para o profissional formador. Referente à defesa e posicionamento do Projeto de Universidade que os preceptores defendem, verificou-se que 67% são favoráveis à Universidade Pública; 17% apontaram a qualidade da pública em relação à privada e 16% defenderam a Universidade Pública e Universal. Quando indagados sobre a privatização na saúde, 83% dos preceptores foram contrários à Gestão Privada na Universidade Pública, 9% se disseram Contra a gestão privada, mas criticam a estabilidade do servidor público e 8% disseram-se a favor da privatização em algumas instituições de saúde. Consideramos importante que esses profissionais defendam um projeto de Universidade Pública e sem a interferência da gestão privada, tal como os dados apresentados neste trabalho. Isto é muito relevante quanto ao tipo de referência de formação e crítica que a residência possibilitará. No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre a importância dos conselhos de política e de direitos na atenção à saúde da população, observou-se um distanciamento dos profissionais com esses espaços já que 42% nunca participaram dos conselhos e 25% não participam mais, apenas 33% participam ativamente. Quando perguntados se participam de outros espaços coletivos, 50% afirmam que não participam atualmente, mas já participaram; 42% nunca participaram e apenas 8% participam ativamente. Indagou-se sobre a importância dos espaços coletivos, fóruns e conselhos para a formação do Residente

do SUS e a maioria (83%) afirmou que sim. Porém, 9% desconhecem esses espaços e ainda tiveram aqueles que criticaram esses espaços (8%). De qualquer forma, mesmo os que não incorporaram a participação nesses espaços em sua prática social na saúde, a maioria reconhece a relevância da inserção dos residentes nesses espaços políticos. Constatamos que há ainda a prevalência de uma concepção abstrata sobre saúde e falta de participação dos preceptores nos espaços coletivos e políticos do SUS, essa falta de participação pode ser parte e expressão da não apreensão do significado da concepção ampliada e política de saúde do Movimento de Reforma Sanitária apesar da alta qualificação dos preceptores (especialistas sendo alguns já mestres) e trabalhando em serviços de referência, a maioria em uma Universidade Federal e estando a mais de três anos envolvido na formação de um curso de residência multiprofissional. Fato este que faz perceber que a RMSM poderia potencializar sua possibilidade de espaço Educação Permanente para esses profissionais. Também se associa a constatação, acima descrita, aos processos de vida ligada à feminização do trabalho em saúde e exploração da força de trabalho feminino na sociedade o que pode afastá-las da participação motivadas pela falta de tempo e cultura de inserção da mulher nas atividades públicas, com isso também associa-se a pouca cultura de participação política do brasileiro. Diante do enfrentamento de uma política de contrarreformas, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais e fortalecimento do SUS, levando em consideração os dilemas entre causalidade e teleologia na realidade capitalista e os projetos profissionais e societários.

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES DE VIDA DAS MULHERES RESIDENTES NOS RAMAIS BOM JESUS E BONS AMIGOS AM-010

Aline Sales Mendes Záu, Nicolás Esteban Castro Heufemann, Paula Andressa de Oliveira Silva, Daiana da Silva Araújo, Sandra dos Santos Freire

Palavras-chave: mulheres rurais, perfil socioeconômico, condições de saúde rural, dados estatísticos

APRESENTAÇÃO: Para executar o estudo da saúde da mulher da área rural, é necessário analisar os condicionantes biológicos e somá-los à esfera coletiva e social, uma vez que no conceito amplo de saúde, este não se reduz ao biológico, mas é também o conjunto de fatores ligados às condições de vida (BRITO; ACRI, 1991). A compreensão desses fatores do processo saúde-doença no espaço rural constitui-se uma ferramenta importante para a assistência em saúde, pois essa população possui características próprias (SANT'ANNA et al., 2011). Assim, este estudo pretende esboçar o perfil socioeconômico-sanitário e aspectos da saúde das mulheres residentes nos ramais Bom Jesus e Bons Amigos, situados da AM 010, área rural de Manaus visando analisar o panorama atual das realidades sociais e ambientais. **DESENVOLVIMENTO:** A metodologia do estudo é uma pesquisa de campo exploratório-descritiva com abordagem, predominantemente, quantitativa. Foi realizado na zona rural do município de Manaus/AM, nos ramais Bom Jesus e Bons Amigos localizados respectivamente nos quilômetros 25 e 26 da rodovia estadual AM 010. Foram entrevistadas residentes no ramal Bom Jesus e ramal Bons Amigos. Como critério de inclusão estipulou-se idade mínima de 12 anos, ter moradia fixa em um dos ramais e ser a matriarca da família. Os critérios de

exclusão foram mulheres que se recusaram a participar da entrevista, as matriarcas que por algum motivo de saúde não puderam participar do estudo e mulheres que ausentes no domicílio no período do estudo. A coleta de dados ocorreu entre setembro a outubro de 2014 com questionários que abordavam aspectos socioeconômicos, sanitários e acesso ao sistema de saúde. Posteriormente, foram armazenados e analisados com o software EPI INFO versão 7 para Windows. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). **RESULTADOS:** Os resultados dessa pesquisa incluem a caracterização e o estudo do perfil sóciodemográfico de 141 mulheres da zona rural de Manaus, das quais 103 são residentes no ramal Bom Jesus e 38 no ramal Bons Amigos. A média de idade dessas foi de 37 anos para o Bom Jesus, e 35,5 anos para o Bons Amigos. A apenas 7,14% das entrevistadas não chegaram a frequentar a escola e 5% têm apenas alfabetização. A maioria frequentou até a 8ª série do ensino fundamental. De acordo com o Censo Demográfico 2010, 54% da população rural têm entre um ano e sete anos de estudo (IBGE, 2011), o que não corresponde sequer ao ensino fundamental completo. Mulheres com procedência da zona urbana no ramal Bom Jesus correspondiam a 59% e no Bons Amigos 75%. Segundo o IBGE, os programas sociais do governo ajudam a manter a população em suas cidades de origem, sendo o ambiente rural visto como espaço de atração da população (IBGE, 2010). A principal fonte de renda domiciliar no ramal Bons Amigos é o salário da entrevistada, no Bom Jesus é o salário do cônjuge. Apesar disso, observa-se que no ramal Bom Jesus, 26,21% das entrevistadas também contribuem significativamente na renda. Portanto, os resultados seguem a tendência relatada no IBGE (2010), no país, 42,4% das mulheres

do campo contribuem com a renda familiar e 38,7% das mulheres chefiavam domicílios particulares. A média do rendimento domiciliar das entrevistadas do ramal Bom Jesus é de 1.400,00 reais e do ramal Bons Amigos é 1.500,00. Recebem benefício do governo 66,9% das entrevistadas no ramal Bom Jesus e 65,8%, do ramal Bons Amigos. O limite máximo de rendimento familiar per capita praticado pelo Programa Bolsa Família, que habilita a família requerer o benefício, é de R\$152,00 por mês (BRASIL, 2003). Entretanto, o rendimento familiar mensal das entrevistadas sofre oscilações, uma vez que as pessoas que sustentam a casa sejam majoritariamente trabalhadores informais, sem carteira assinada, tendo renda dependente da demanda de serviços solicitados por mês. Sendo assim, o benefício em questão, é uma fonte relevante de renda. Quando se encontravam doentes, 90,3% e 86,8%, respectivamente, do ramal Bom Jesus e Bons Amigos, procuravam a Unidade Básica de Saúde Rural São Pedro. Cerca de 70% destas mulheres participavam de programas de saúde oferecidos na UBSR. Assim, as entrevistadas têm acesso à atenção básica de saúde, cujo principal desafio é promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2004). Apesar do vínculo com a UBS e a participação no Programa Saúde da Família, os métodos contraceptivos não utilizados por 67,75% e 50% das mulheres residentes no ramal Bom Jesus e Bons Amigos, respectivamente. Dentre os motivos estão a inadaptação ao uso do anticoncepcional oral, não adesão do companheiro ao uso do preservativo masculino e além de motivos religiosos. Nesse processo a educação tem um papel primordial, já que as modificações têm cunho cultural e, portanto, necessita da incorporação dos atores envolvidos no sistema de saúde com a intenção de facilitar

o diálogo, socializar informações e incentivar o processo de reflexão, de forma que, com a participação e o compromisso de cada um, seja possível “desconstruir” e “reconstruir” conceitos e significados (RAMOS, 2008). Surgem outros motivos, por exemplo, em relação ao abastecimento domiciliar de água em ambos os ramais é proveniente de poço distribuída através de canalização interna. O principal método para tratamento de água é a filtração e em seguida, cloração. O Ministério da Saúde (2011) preconiza filtração seguida de cloração ou fervura. Observa-se que uma porcentagem relevante das entrevistadas não está tratando a água de forma adequada, pois apenas a filtração não é suficiente para eliminar agentes microbianos patogênicos, os quais podem provocar doenças na comunidade estudada. Percebeu-se também há predomínio da fossa séptica e uma minoria possui fossa negra. A maior parte das entrevistadas utiliza a coleta pública de lixo como destino final do lixo doméstico, no ramal Bom Jesus. O ramal Bons Amigos o destino final é geralmente a queima. A inadequada remoção do lixo, utilizando queimadas, pode causar sérios problemas ambientais à saúde dos moradores que residem nessas localidades. O lixo possui na sua composição vários elementos químicos, principalmente inorgânicos, que causam a contaminação aeróbica e riscos de incêndios (CERETTA; SILVA; ROCHA, 2013). Sendo assim, percebem-se necessárias medidas públicas para melhoria das condições sanitárias e educação ambiental dessas comunidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ambiente rural apresenta várias singularidades que contribuem para que a determinação social do processo saúde-doença aconteça por meio das condições de vida e de trabalho no espaço em que a população está inserida. Este estudo mostra que embora as realidades nos ramais estudados sejam distintas, o perfil das mulheres desse estudo foi

semelhante, diferindo-se, principalmente, nas condições de saneamento básico, as quais foram influenciadas pela infraestrutura característica de cada ramal. As ações dos serviços de saúde devem estimular um trabalho compartilhado com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde no processo saúde - doença do espaço rural. Também se observa necessário que o Poder Público desenvolva ações visando à melhoria dos sistemas de abastecimento de água para evitar sua poluição e contaminação, além de executar programas de educação ambiental e sanitária entre os habitantes locais. A identificação do perfil das mulheres rurais constitui-se numa ferramenta para a elaboração de políticas públicas que possam atender às demandas sociais de forma eficaz, permitindo uma melhor qualidade de vida para as comunidades em questão.

PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: O PET SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Marcio Eduardo Brotto, Simone de Souza Pires, Lucia Helena de Carvalho, Vânia Cristina Portes Rego, Silvia Lucia Pereira Chagas, Hilton Augusto Koch, Mariana Xavier da Silva, Wesley Santos do Valle

Palavras-chave: Saúde, Educação, Trabalho

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de ampliar as ações na área hospitalar, o Ministério da Saúde publicou, em julho de 2011, a portaria 1600/GM, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS e tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde. Sequencialmente, em

outubro de 2011, a Portaria 2395/GM que trata do para o Trabalho (PET-Saúde Redes), através da execução de projeto sobre em parceria com os Departamentos de Serviço Social, Psicologia e Medicina da PUC-Rio. A proposta tem por objetivo apresentar e refletir sobre a dinâmica de um dos subprojetos do PET Saúde Redes no Hospital Municipal Miguel Couto, componente hospitalar da RAU, estando vinculado a ele o Programa SOS Emergências – que em 06 de agosto de 2012, ganha portaria específica (1663/GM), exclusivamente para dispor sobre o Programa SOS Emergências, demarcando apoio institucional e financeiro, para alcance da meta de redução do tempo de espera e de permanência dos pacientes nas emergências, de forma a garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. Neste contexto, o Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) apresenta importância capital na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS, principalmente ligada ao atendimento dos traumas e das urgências clínicas, o que faz se tronar polo de ações e intervenções, com destaque para o Programa de Educação relacionado às ações desenvolvidas e direcionadas ao reconhecimento do processo de trabalho e a educação permanente das equipes. Da mesma forma, previu o alcance de objetivos específicos, assim relacionados: (1) sistematizar as dinâmicas e modalidades de trabalho pactuadas e estabelecidas pelas equipes que atuam no serviço de urgência e emergência, dando ênfase aquelas que se referem às relações interprofissionais e de atendimento a população usuária que acessa o serviço; (2) Verificar as transformações no perfil epidemiológico da população que acessa aos serviços de urgência/emergência e a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e organizativos específicos dos serviços, para atendê-las e (3) Realizar levantamento sobre a representação dos profissionais acerca de seu fazer profissional e da atuação em equipe interdisciplinar

diante às demandas apresentadas pelo serviço de urgência/emergência, delimitando temáticas de interesse para reflexão e estudos coletivos e permanentes que podem gerar novas práticas. **DESENVOLVIMENTO/METODOLOGIA:** Para estabelecer novas sínteses e contribuições, iniciou-se um processo de uma pesquisa exploratória e analítica, de abordagem qualitativa e quantitativa. O desenho da pesquisa envolve discentes e docentes do curso de serviço social da PUC-Rio e um conjunto de preceptores, que na condição de profissionais do Hospital Municipal Miguel Couto, atuam e permitem, através do PET Saúde, o desenvolvimento de ações que busquem consolidar o espaço institucional do hospital, não só como assistencial, mas também como um campo de ensino, pesquisa e extensão universitária. Sua execução metodológica envolve a apresentação de dados decorrentes da sistematização de dinâmicas de trabalho pactuadas pelas equipes que atuam no serviço de urgência e emergência, dando ênfase aquelas que se referem às relações interprofissionalismo. Os dados, decorrentes de ações no período de 2012 a 2014, também consideram a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e organizativos específicos dos serviços, bem como a realização de levantamento sobre a representação dos profissionais acerca de seu fazer individual e em equipe interdisciplinar. Considerando o grande número de profissionais que atuam no hospital, delimitou-se uma amostra de no mínimo 20% (120), para participação inicial na pesquisa, garantindo-se a representação de todos os setores do hospital. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No decorrer da inserção e aplicabilidade da pesquisa, foi possível observar que 68% dos entrevistados (81), integram o quadro de servidores estatutários e efetivos do hospital, o que demonstra uma vinculação que prevê uma vinculação de longa permanência dos profissionais, apesar do imaginário que se

cria de que há uma grande rotatividade de funcionários no serviço público de saúde. Isso se confirma, quando percebemos, que 59% destes que são servidores (48), atuam na unidade hospitalar, na execução de ações de urgência e emergência, há mais de 10 anos. Se de um lado, verificamos aspectos positivos deste cenário, potencializador de ações contínuas e articuladas, capazes de permitir a sistematização histórica das práticas desenvolvidas pela unidade hospitalar, de outro esta conformação temporal, demonstra a existência de relações profissionais e institucionais solidificadas ao longo dos anos. Ao tratarmos da temática do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, percebemos pouco entendimento acerca dos conceitos, acarretando o desafio do exercício desse tipo de prática no cotidiano institucional. Essa dificuldade conceitual se reflete quando percebemos que 45% profissionais (54) conseguem definir sua prática de forma majoritária como multidisciplinar, mesmo sem conseguir compreender seu significado. Ainda sobre este aspecto, observamos que ao somar o conjunto de respostas que define sua prática de forma multidisciplinar e de ambas, identificamos que 67% dos profissionais (80) dizem atuar de forma multidisciplinar, quando apenas 37% (44) conseguiu definir de forma correta o trabalho multiprofissional. Ao indagar-se sobre qual a categoria que melhor realiza esse trabalho, o equívoco se torna ainda maior, uma vez que grande parte informa que seu próprio setor consegue atuar dessa forma, ou informa que nenhum setor do hospital se integra. Assim, para além destes resultados preliminares, agregando-se outros aspectos como a falta de incentivo e valorização profissional, a inadequação de estruturas físicas; dentre outros, é a proposta de trabalho em vigor se propõe a oficinas e cursos de extensão que abordem de forma permanente, a discussão de temas como: processos de trabalho em saúde;

especificidades do processo de Trabalho na Urgência e Emergência Hospitalar; saberes profissionais e cotidianos do fazer; interpelações entre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade; planejamento em saúde; análise institucional e relações de poder na concepção do fazer Saúde; ações integrativas em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PET-Saúde Redes tem como tarefa a partir dos resultados finais da pesquisa dentro do Subprojeto “Processo de trabalho e educação permanente: pelo fortalecimento de serviços de urgência e emergência integrados e de qualidade”, fazer a devolução dos resultados aos profissionais que atuam no Hospital Municipal Miguel Couto e ainda indicar e desenvolver estratégias para melhorias no processo de trabalho das equipes da unidade visando potencializar a qualidade dos serviços. Dentre as estratégias propostas, a executar em nova fase do projeto, destacam-se: Realizar oficinas de trabalho norteando a importância da ação multidisciplinar e interdisciplinar no processo de trabalho em saúde; Instituir um espaço de integração entre a família, o paciente e a equipe multiprofissional; Realizar workshops sobre instrumentos e técnicas de intervenção de cada categoria profissional; Ampliar a realização de estudos de casos entre profissionais de diferentes serviços, estabelecendo uma dinâmica problematizadora do cotidiano da prática profissional; e Iniciar curso de extensão problematizando os entraves identificados no processo de trabalho.

PESQUISA GENEALÓGICA DA LEI DO AUTISMO, Nº 12.764 DE DEZEMBRO DE 2012, QUE INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Monica Moreira Rocha Rocha, Rejane Soares, Flávia Freire, Priscila Alves, Sheyla Bello Jardim, Flávia Nascimento, Polyana Esteves Esteves, Polyanna Mendes

Palavras-chave: Autismo, Política Pública, Genealogia

Esse resumo apresenta o resultado parcial de uma pesquisa sobre a Lei nº 12.764 de dezembro de 2012, conhecida como a lei do autismo que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Essa pesquisa está inserida no projeto do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que tem como meta a sua implementação em diversas Universidades do país, constituindo assim, uma rede de pesquisadores e de investigações que tomam as leis, decretos, programas como dispositivos para a implementação de políticas públicas. O observatório tem como objetivo, a partir do dispositivo das leis, tomar como análise e campo de investigação o agir e a intencionalidade dos atores sociais interessados nas políticas de saúde e da produção do cuidado. Aqui iremos compartilhar a análise do 3º Vetor de investigação, a saber: genealogia da referida lei. A hipótese para a investigação desse vetor é que para proposta da Lei, na sua formulação foi pautada na demanda de um determinado segmento da sociedade em razão de necessidades específicas, as quais são identificadas pelas práticas discursivas científicas do campo da reabilitação com especialização em autismos, são elas: a fonoaudiologia, neuropediatria, psiquiatria, psicologia, pedagogia. O 3º Vetor de investigação contempla os seguintes objetivos: a) identificar a matriz discursiva de cientificidade sobre o autismo, a qual sustentou a proposição da lei; b) Conhecer as motivações da lei em questão, a motivação

de seus formuladores e as motivações de seus demandantes. A metodologia para esse estudo é a de análise documental da formulação da lei nos seus procedimentos, remontando seus trâmites de legalização, bem como entrevistas de seus principais atores proponentes e formuladores. Uma investigação genealógica tem por finalidade apreender os acontecimentos para e, na formulação da lei. Longe de ser uma montagem linear dos fatos “concretos”, os quais apontam os movimentos dos atores sociais. Mas, antes de tudo, é apreender os acontecimentos e agenciamentos que tais movimentos ganharam força e discursividade para a formulação da lei. Portanto, não se trata de tomar a genealogia como método, se não que tomá-la como o próprio objeto da investigação. Marcar a singularidade dos acontecimentos, “escutar” à polifonia discursiva dos atores envolvidos, apreender os agenciamentos coletivos de enunciação do dispositivo da lei e dá visibilidade aos agenciamentos maquímicos dos corpos. Dito de outro jeito, a lei produz discursividades e produz também corpos desejanter pelos direitos que ela prevê e garante. Deste modo, a investigação genealógica exige dos seus pesquisadores uma reconstrução do percurso da formulação da lei, ligando cenas, fatos e acontecimentos em seus múltiplos efeitos. O agir genealógico prescinde da relação linear de temporalidade ou mesmo, a relação inequívoca de causalidade, pois o que está em jogo na reconstrução genealógica do percurso da formulação da lei é exatamente o jogo de poder dos atores sociais. Análise Parcial dos resultados da investigação genealógica. Embora não tenha sido proposta inicialmente a investigação de outros dispositivos legais, a investigação genealógica da Lei Federal permitiu visualizar o encadeamento de outras leis estaduais e municipais de interesse para esse estudo, que serão apresentadas em um dado recorte para atender a finalidade

desse resumo. Em âmbito estadual a Lei 6169//12 que dispõe da Implementação dos centros de reabilitação integral para criança e adolescente portadoras de Deficiência Mental e autismo. A Lei 6807/14, a qual obriga os órgãos públicos e os estabelecimentos privados a dar preferência no atendimento, não retendo em filas, pessoas portadoras do transtorno do espectro do autismo (TEA). Em âmbito municipal a Lei 5.573 /13 que dispõe sobre os instrumentos de vigilância e rastreamento precoce do autismo nas Unidades Públicas de Saúde e Educação Municipais e dá outras providências. Nesse dispositivo chamam atenção os seguintes artigos: Art. 1º Para efeito do art. 378 da Lei Orgânica do Município ficam adotadas ações de vigilância precoce do autismo nas Unidades Públicas de Saúde e Educação Municipais, especialmente em crianças de seis meses a dois anos de idade; Art. 2º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser sensibilizados acerca dos sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis; Art. 3º (...) as crianças deverão ser cadastradas num censo único da Prefeitura, a fim de poder ofertar os devidos tratamentos que possibilitem uma vida funcional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir do estudo genealógico da Lei Federal encontramos uma consonância de outros dispositivos, os quais corroboram a prerrogativa da Lei que toma o diagnóstico como norteador de acessibilidade a produção do cuidado em saúde e a educação, atribuindo o autismo como campo de intervenção da reabilitação. O principal impacto da Política dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista assegurada pela Nº 12.764, diz respeito ao diagnóstico precoce, gerando dessa forma uma grande demanda de intervenção precoce para os serviços. Outro efeito desse dispositivo é que a precocidade nesse diagnóstico desconsidera que a criança pode apresentar outros déficits de

aquisição e desenvolvimento de linguagem os quais se assemelham sob o ponto de vista das competências comunicativas e de linguagem com as características descritas na Lei, mas que pertencem a outros distúrbios específicos de linguagem – DEL, tanto os primários - sem fatores etiológicos estabelecidos, como aqueles secundários, ou seja, decorrentes de déficits sensoriais como, por exemplo, o caso da surdez. Não menos importante para análise multivetorial, em decorrência da precocidade do diagnóstico, é o seu efeito nas relações e investimentos afetivos e emocionais da criança com os seus pares e na expectativa de inclusão social.

PET SAÚDE: UMA REFLEXÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ana Kelly Adriano Viana, Ronize Fernandes Silva, Eddie Willian de Pinho Santana

Palavras-chave: Saúde, Formação Profissional, SUS

Na tentativa de refletir sobre a atual formação do profissional de saúde, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), em parceria, lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Para auxiliar a atuação do Pró-Saúde, o MS criou, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O programa de Educação pelo trabalho foi instituído pela Portaria Interministerial 1.802 em 26 de agosto de 2008. Esse programa “constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde

- SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esse programa dentro da Universidade Estadual do Ceará possui vínculo com os municípios de Pacatuba, Fortaleza e Maracanaú. Possuindo nove grupos dentro da Universidade. O grupo analisado possui seis preceptores, doze monitores e um tutor, sendo os monitores acadêmicos de cursos como Psicologia, Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Ed. Física. Dessa forma, o Programa de educação para o trabalho em Saúde vem mudando a formar dos estudantes entenderem a prática em saúde, possibilitando que esses possam fazer vivências dentro do SUS e possa conviver com outros profissionais. Esse programa tem como proposta mostrar aos alunos, deste os primeiros semestres na universidade, o atendimento dentro do SUS, como também o conhecimento das políticas públicas voltada para seu público e as demandas existentes. Ele também possibilita aos estudantes que esses conheçam a precarização que o SUS vem sofrendo e que se questione o modelo existente O presente trabalho tratará das mudanças ocorridas em mais de um ano no programa em profissionais, docentes e acadêmicos que participam do Grupo Materno-Infantil no município de Pacatuba com vínculo com a Universidade estadual do Ceará, fazendo com que se possibilite a reflexão de como esse trabalho possibilitou uma mudança na concepção de saúde dos sujeitos e como isso reproduziu nas suas práticas e atitudes. Entendendo que “o Homem se constrói ao construir sua realidade. A sociedade passa a ser imprescindível para a compreensão do homem; do humano. Não pode se conhecer o humano se não pelas suas relações com as formas de vida e as relações sociais.” (BOCK,2007) As ações que foram desenvolvidas são as seguintes atividades: Levantamento bibliográfico sobre os temas relacionados ao programa; Leitura, discussão e fichamento dos artigos

referentes aos temas; Capacitação em pesquisa qualitativa e quantitativa; pesquisa de campo: pré-teste, coleta e análise dos dados, redação dos resultados e elaboração dos relatórios da pesquisa; Levantamento de dados demográficos e epidemiológicos de gestantes, puérperas e crianças até dois anos de idade; Inserção no território; Observação para acompanhamento do fluxo de atendimento nos três níveis de atenção; Pesquisa de campo. Ocorreram oficinas como estratégia de ação com a comunidade e nelas combinamos atividades em grupo, rodas de conversa, apresentação dialogada, vídeos, dinâmicas entre outras para articular ensino, pesquisa e extensão e estimularem a reflexão dos sujeitos. Começando a pensar nas mudanças causadas pelo PET-Saúde, podemos observar que o conceito de “saúde” mudou para seus integrantes, pois se começou a ter um entendimento mais amplo de saúde que nos permitiu entender os fatores como a moradia, a falta de recursos e a cultura de cada comunidade influenciam nesta. Assim, entendemos que “a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (..)” (FIUZA; JUNIOR; RIBEIRO; NETO & OLIVEIRA) Outro ponto colocado foi questão da própria formação dos alunos. Uma aluna de psicologia participante desse programa relatou que esse projeto possibilitou que esta pensasse em uma psicologia não voltada só para clínica, mas também voltada para a comunidade, fez também com que essa questionasse a atuação dos psicólogos dentro do SUS, pois para ela, no início de sua entrada no programa, entendia que o trabalho do psicólogo dentro das unidades de saúde seria semelhante ao modelo clínico, mas depois da sua experiência no PET-Saúde, esta observou o trabalho do psicólogo no SUS não era só esse modelo, mas também abrangia grupos e uma psicologia voltada

para a comunidade. O PET-Saúde também possibilita uma sensibilização em relação aos serviços prestados e uma conscientização dos direitos dos profissionais e usuários dos SUS. Através disso, muitos profissionais levam as pautas do SUS assumindo como suas bandeiras de luta uma saúde pública de qualidade e a não privatização do SUS. Essas pautas também são levadas para dentro das Universidades sendo debatidas dentro do Movimento estudantil e de eventos na Universidade, por exemplo, dentro da UECE ocorre todo início de semestre a Acolhida da Saúde que tem como propósito levar o debate em relação à atuação dos estudantes de saúde dentro do SUS. Assim, podemos afirmar que alguns objetivos do PET-Saúde foram cumpridos como: II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; (Ministério da saúde, 2008) O programa também permite a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade entre estudantes e profissionais de todas as áreas da saúde permitindo que esses conheçam as especificidades e as demandas de cada profissional e que também possam pensar formas de atuação em conjunto. Apesar de todas as potencialidades existentes dentro do programa podemos apontar algumas críticas como os horários entre preceptores e monitores não coincidirem, como uma necessidade maior dentro da Universidade de eventos que possam mostrar as vivências do PET. O PET-Saúde constitui como um programa essencial a construção do

indivíduo e também, do profissional que esse quer ser, dessa forma entendemos que o programa auxilia na formação e prática desses possibilitando uma vivência mais profunda dentro do SUS. Esse também serve como meio de levar os estudantes a questionar a precarização existente nas unidades de saúde e as condições de trabalho dado a esses profissionais. Assim, entendemos que o programa tem caráter transformador na vida pessoal e profissional de seus participantes, contribuindo deste a formação curricular destes como também na humanização de suas práticas.

PET-VIGILÂNCIA EM SAÚDE - ODONTOLOGIA E PACIENTES DIABÉTICOS

*Ana Elisa Ribeiro, Márcia Helena Baldani,
Rosiléa Clara Werner, Dayane Bobato*

A Diabetes foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1097, um problema de saúde pública. A classificação atualmente está dividida em quatro classes clínicas segundo a OMS, a Associação Americana de Diabetes e SBD, estando presente a DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e a DM gestacional. Estabelecendo a DM como um problema de saúde público e segundo a Lei N 11.347, de 27 de Setembro de 2006, fica sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde fornecer o amparo legal ao paciente portador da DM, estando o mesmo no direito de receber diagnóstico e tratamento do diabetes nas unidades de saúde, além de medicação e acompanhamento rotineiro do usuário. Além de ser um assunto de interesse público, cabe também ao programa PET-Vigilância, o qual está inserido no estudo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais a DM, fazer uso de suas atribuições

e buscar melhorias para o percurso da doença. Unindo o diabetes mellitus ao programa PET, nasceu a ideia de investigar o perfil de pacientes portadores da mesma, usuários do SUS e residentes no bairro Jardim Paraíso, na cidade de Ponta Grossa e atendido pela Unidade de Saúde Cleon de Macedo, na qual um grupo PET está inserido e foi o responsável pelo desenvolvimento um projeto de pesquisa visando identificar os pacientes que necessitam do uso de insulina diariamente. Estabelecendo uma ligação com a Odontologia, percebe-se que o DM exige conhecimento específico dos profissionais, sendo necessário saber diagnósticas, orientar e acompanhar os pacientes diabéticos e buscando obter dados concretos, questões norteadoras foram direcionadas aos pacientes, em relação à presença de xerostomia, uso de próteses, higienização, entre outros dados que serão discutidos posteriormente. Aprovado em 2013, o PET-VS se configura como um espaço multiprofissional e integra estudantes de Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Medicina, Educação Física e Serviço Social. Foi desenvolvido um estudo do perfil destes indivíduos, através de visitas domiciliares para aplicação de um questionário pré-testado (parecer COEP 172.965), as quais eram acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde. A equipe fez um levantamento do número de pacientes portadores de DM, que fazem o uso contínuo de insulina e outro passo do projeto foi a criação de um ficha de visita domiciliar, a qual contém dados abrangentes das diversas áreas envolvidas no estudo. As visitas domiciliares foram realizadas uma vez por semana conforme disponibilidade das alunas e das ACS, avisando previamente os pacientes e solicitando a participação dos mesmos no presente estudo. A entrevista ocorreu em forma de diálogo, tendo como devolutiva aos pacientes, esclarecimentos de dúvidas, informações sobre a doença,

métodos de prevenção de agravamentos, dicas de como melhorar a condição atual, entre outros pontos abordados. Após coleta dos dados, as alunas retornavam à unidade de saúde e em conjunto preenchiam a ficha do paciente descrevendo toda visita domiciliar e as informações coletadas na mesma, objetivando repassar as mesmas para os profissionais da unidade, solicitando se necessário auxílio da equipe em prol dos pacientes visitados. A equipe conseguiu efetuar as 30 visitas domiciliares (das 31 visitas programadas), sendo o questionário preenchido conforme a condição de cada paciente permitiu. Quando questionados sobre a xerostomia, em linguagem coloquial “boca seca”, quatorze pacientes relataram portar este sintoma, dois não responderam e outros 14 disseram não notar a alteração a qual é um dos sintomas mais comuns em portadores de DM, também incluindo polidipsia, poliúria-nictúria, polifagia, emagrecimento rápido, dentre outros. Segundo YAMASHITA et al. (2013), a diminuição do fluxo salivar e o nível de glicose alterado pode facilitar a instalação de infecções fúngicas e o desenvolvimento de doença periodontal, entrando em cena neste momento, a participação do cirurgião dentista, que é o profissional habilitado para identificar e instruir o paciente a respeito desta alteração. VARGAS, A.C. (2012) relata que a diminuição da produção de saliva é referida por 10 a 30% dos pacientes diabéticos, e como consequência pode causar úlceras, queilites, língua fissurada e dificuldade de fixação de próteses dentária. Como devolutiva aos pacientes que responderam positivamente à presença de xerostomia, os mesmos foram orientados a fazer ingestão constante de água, uso de enxaguantes bucais, controle glicêmico, utilização de ferramentas que estimulem a produção de saliva (gomas de mascar sem açúcar) e se necessário recorrer ao uso de saliva artificial. Os pacientes visitados

também foram questionados quanto ao uso de prótese, 19 são portadores e 11 não. Resultado que condiz também com o estudo de TRUNKL, M.M et al. (2012), no qual 64% dos pacientes referiram usar algum tipo de prótese. O dado coletado caracteriza um índice de perda dentária elevada, estabelecendo assim uma relação entre a doença periodontal e a diabetes, uma vez que, àquela quando não tratada pode acarretar em perdas dentárias. Entretanto o uso disseminado de prótese entre os pacientes avaliados não está relacionado somente à presença da DM, outros fatores podem culminar no edentulismo e conseqüentemente no uso de próteses, dentre os quais pode-se citar a doença cárie, traumatismo dentários, atitudes dos profissionais de Odontologia e da população, acessibilidade e utilização dos serviços odontológicos, motivos de ordem econômica, entre outros, contudo a DM descontrolada ou a falta de correta atenção ao paciente portador, pode ocasionar o desenvolvimento de outras patologias que culminam na perda de dentes. Após os paciente serem questionados sobre o uso de prótese, a pergunta seguinte foi relacionada ao uso das mesmas no período noturno, dentre os 19 usuários que responderam positivamente ao uso, 13 relataram manter as próteses na cavidade oral durante a noite enquanto 6 afirmaram retirar para dormir. O resultado obtido vai de encontro com um estudo realizado por BOMFIN I.P.R., et al. (2008), realizado na cidade de João Pessoa/PB, no qual 71,2% dos 94 pacientes abordados pela pesquisa, relatam dormir com a prótese, fato que pode desencadear a presença de lesões bucais, principalmente em associação com outros fatores como a má higienização, mal adaptação das peças e tempo de uso. Os pacientes que afirmaram dormir com a prótese foram orientados a remover a mesma durante o período de repouso, sendo informados sobre os

riscos que poderiam estar submetidos caso continuassem com o hábito atual. Segundo uma pesquisa realizada pela Universidade de Ribeirão Preto, por PINTO, C.C.M, et al. (1999), dentre lesões mais comuns de serem encontradas em relação ao uso de prótese, pode-se citar a candidíase, hiperplasia fibrosa, queilite angular e ulcera traumática, notando-se a importância de se estabelecer um diagnóstico precoce, iniciar o tratamento e garantir prognósticos favoráveis, visando melhorar a qualidade de vida do portador da prótese, sendo o cirurgião dentista uma importante ferramenta para se obter este resultado, estando o mesmo, preferencialmente, inserido dentro de uma equipe multiprofissional, cuja capacidade de fornecer um suporte integral para o paciente. Além do atendimento propriamente dito, a prevenção e promoção de saúde oral também têm papéis decisivos na cultura de uma condição bucal adequada, pois uma escovação realizada de forma correta, com escova macia e dentífrico específico, reduz consideravelmente os níveis de biofilme e colabora para uma adequada saúde oral. Desta forma, um paciente diabético deve ser tratado normalmente, principalmente se houver um diálogo entre a odontologia e a outras áreas envolvidas.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: CONHECENDO O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

Gracielle Pampolim, Fabíola dos Santos Dornellas, Vanezia Gonçalves da Silva, Luciana Carrupt Machado Sogame

Palavras-chave: Idoso, Funcionalidade, Políticas de Saúde

APRESENTAÇÃO: Nos últimos anos a população mundial vem sofrendo uma

significativa e constante reestruturação demográfica, realidade esta que se mostra cada vez mais evidente em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil. Concomitantemente a essa reestruturação demográfica, é possível observar também uma alteração no perfil das morbidades que acometem essa população, com um importante aumento na incidência de doenças crônicas, que por vezes culminam em déficits nos campos físico, psíquico e principalmente social. Essa tendência incitou diversas discussões e movimentos sociais pró-envelhecimento saudável (de forma biopsicossocial), que culminaram na realização das Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, organizadas pelas Nações Unidas em 1982 e 2002, e que tiveram como produto Planos Globais de Ação, que por sua vez, direcionou as ações dos países envolvidos nos assuntos tangentes à atenção a pessoa idosa. No Brasil, ocorreram movimentos similares e ao longo da década de 1990 até o início de século XXI. Em resposta as diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada pelos debates mundiais acerca do tema, foram promulgadas várias políticas setoriais de proteção ao idoso. Dentre elas, na esfera da saúde, temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. A PNSPI formula-se através de uma série de outras políticas e leis e vem para cumprir com exigências nacionais e internacionais firmadas ao longo dos anos. Em sua constituição a PNSPI assume que o principal problema que pode afetar o indivíduo idoso a perda de sua capacidade funcional, ou seja, das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Sabe-se que a manutenção da capacidade funcional é um processo dinâmico e multifatorial, caracterizado por aspectos físicos e mentais.

Dessa forma, entende-se por que a avaliação dessa funcionalidade no idoso tornou-se um importante instrumento de análise da condição de saúde dos idosos. Com o intuito de atender as exigências internacionais firmadas a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a PNSPI traz o cuidado domiciliar como principal vertente da atenção ao idoso, e para isso ela aponta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal elo de comunicação entre o idoso e o sistema de saúde. Através de seu foco na atenção primária, a ESF é levantada como importante instrumento para prevenção e cuidado à esse extrato populacional, baseando-se na perspectiva de promoção de ações e elaboração de programas de orientação, informação e apoio aos idosos e seus familiares (que representam os atores principais nesse cuidado), visando sempre a manutenção do idoso na comunidade e no convívio familiar, proporcionando a este um envelhecimento ativo, autônomo e saudável. Todavia, para que essa função seja efetivada de forma adequada, faz-se de extrema relevância que as equipes da ESF conheçam as necessidades e características da população assistida. OBJETIVOS: Verificar e classificar o nível de dependência funcional de idosos restritos ao lar adscritos a uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória-ES. METODOLOGIA: Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, do tipo transversal, com amostra de conveniência de 178 idosos (idade maior ou igual a 60 anos de idade), que representou 60% da população de idosos restritos ao lar da USF pesquisada. Realizou-se, entre abril e novembro de 2014, entrevista semiestruturada, sendo coletadas as variáveis: sexo, idade, raça, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação e arranjo familiar; e avaliação funcional através da escala Medida de Independência Funcional (MIF), a partir de onde os idosos foram classificados em quatro grupos: Dependência Completa, Dependência

Modificada 'A' (assistência de até 50% na realização da tarefa), Dependência Modificada 'B' (assistência de até 25% na realização da tarefa), e Independência Modificada a Completa. A análise dos dados deu-se de forma descritiva através do programa SPSS Statistics. A realização da presente pesquisa foi aprovada pelo CEP/EMESCAM sob nº 918.025. RESULTADOS: Dos idosos entrevistados a maioria eram mulheres (80%), na chamada "4^a idade" (72%), que se auto referiram brancas (74%), viúvas (63%), de baixa escolaridade (52%) e renda (40%), aposentadas (61%), convivendo com cuidadores (83%) e coabitando em residências multigeracionais (53%), com média de idade de 83,82 ± 7,81. A pontuação média da MIF foi de 87,42 ± 36,84, nas subdivisões da escala, a média da MIF Cognitiva foi de 25,49 ± 11,04 e da MIF Motora, 61,93 ± 28,22, indicando uma população com a funcionalidade graduada em Dependência Modificada 'B' (assist. até 25%). No que concerne a classificação, 52% dos idosos apresentavam nível de dependência funcional preservada, sendo classificados com Independência Modificada a Completa. Entre os que apresentaram comprometimento funcional, 45% apresentavam Dependência Modificada 'B' (assist. até 25%), 39% Dependência Modificada 'A' (assist. até 50%) e 16% foram classificados com Dependência Completa. Vale ressaltar que 20% da população estudada eram considerados restritos ao leito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Verificamos que a maioria da população estudada são funcionalmente independentes, e na estratificação quanto a graduação dos dependentes, encontramos uma maior ocorrência de idosos com nível mínimo de dependência. De acordo com o proposto pela PNSPI, a manutenção da autonomia e independência do idoso, deve ser baseado nos cuidados domiciliares e tem como objetivo mantê-lo ativo no convívio em

comunidade. Este cuidado é atribuído ao familiar, que por vezes não tem preparo para tal função. Neste contexto, temos a ESF, designada pela PNSPI, que deve atuar como facilitador desse cuidado por meio de ações educativas e orientações aos familiares e idosos. Tendo posto, e levando-se em consideração a realidade encontrada na presente pesquisa, conjecturamos sobre a visível necessidade de se prestar uma maior atenção à essa população, proporcionando a estes o que lhe é de direito concedido pelas políticas em vigor no país. Dessa forma, compreendemos a relevância dessa temática nas agendas governamentais de planejamento das ações de intervenção na saúde da pessoa idosa.

POLÍTICAS DO DESEJO: PROJETO ROSÁLIA NA RUA – A VIABILIZAÇÃO E A EXTENSÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DE AÇÕES EXTRAMUROS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE SAÚDE

Fernanda Gama Lessa, Eliana Maria Freitas Aguiar, Eliane Mantovani Lucas Pereira, Francielly Damas Albino, Jorge Mendes Ávila, Maria Leomênia Sardenberg, Marilsa Sebastiana Arantes de Souza, Paulo Rogério Alves

Palavras-chave: atenção básica, cuidado, apoio matricial, articulação, rede, ações extramuros

O seguinte trabalho trata de relatar o desejo de alguns profissionais e o processo pelo qual um projeto foi idealizado e vem sendo escrito a partir da demanda de uma usuária gestante. O Centro de Saúde Jardim Rosália é um serviço da Atenção Básica e localiza-se na cidade de Campinas/SP fazendo parte do Distrito de Saúde Norte. O serviço atende uma população de alta vulnerabilidade com cerca de 9500 pessoas

e possui duas equipes ampliadas de Saúde da Família, sendo campo de formação para a Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, além dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e farmácia. Atualmente a equipe é composta por 12 Agentes Comunitários de Saúde, três enfermeiros, treze técnicos e auxiliares de enfermagem, uma técnica de farmácia, uma agente administrativa, uma farmacêutica, um psicólogo, três médicos generalistas, dois médicos ginecologistas, dois pediatras, três auxiliares de serviços gerais, dois vigilantes, uma dentista, uma agente de saúde bucal, duas recepcionistas e um coordenador. Estão inseridos no serviço três médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade e uma terapeuta ocupacional residente Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva. O desejo de concretização do projeto surgiu por meio da demanda de uma usuária do serviço de saúde. Conhecida por transitar pelo território e ter residido na rua, ser etilista, tabagista e usuária de substâncias psicoativas (SPAs), M. Teve confirmada sua gestação na vigésima semana, após várias pedidos de atenção e cuidado dentro do centro de saúde. Além de manifestar desde a confirmação da gravidez o desejo em ter a criança. M. e seu companheiro J. vivem juntos em um barraco nos fundos da casa de um parente, localizado em um dos bairros mais vulneráveis em que o centro de saúde é referência. J. é também etilista e usuário de SPAs, e igualmente à M. demonstra desde o início o desejo em ter esse filho, dando contorno e cuidado a esta no período da gestação. A equipe local de referência assumiu o cuidado do caso, possibilitando à M. maior atenção por meio de visitas domiciliares semanais e acompanhamento da mesma durante todo o pré-natal realizado pelo centro de saúde e no pré-natal de alto risco realizado

pelo CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Unicamp. Em havendo a identificação da complexidade do caso e suas reais dificuldades em manejá-lo. Não apenas clinicamente pelos profissionais do centro de saúde - no que diz respeito à população social, econômica e culturalmente empobrecida a qual faz uso de SPAs e álcool - pensou-se em possíveis ações extramuros que pudessem ser efetivas para promover e capacitar os profissionais diante de tais questões, visando a efetividade do projeto não apenas para este caso, mas como para todos os casos com problemáticas semelhantes. Sendo assim, deu-se origem ao projeto 'Rosália na Rua' cujos objetivos gerais são caracterizados pela ampliação da oferta de atenção a usuários de SPAs no território e ampliação do conhecimento da equipe e trabalhadores sobre saúde mental, redução de danos e atenção ao uso de álcool e drogas. Percebeu-se a necessidade de ampliação de articulação intersetorial, envolvendo inicialmente serviços de saúde e assistência, além da formação de rede entre o centro de saúde e serviços da atenção especializada como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e o Consultório da Rua. Por meio do apoio matricial, foram realizados diálogos e discussões do caso de M., sendo constatada pelos serviços a necessidade de se trabalhar na atenção básica com a clínica de redução de danos, considerando que este foi um desejo dos próprios profissionais em se envolver com tal temática através de uma capacitação e instrumentalização da equipe. Tal capacitação objetiva especificamente a ampliação das ofertas realizadas a partir do centro de saúde para usuários de SPAs: ofertas de ações voltadas à promoção, prevenção e reabilitação a ser desenvolvida no território e em articulação com outros serviços. Também a extensão do acesso de usuários de SPAs à unidade de saúde, aos trabalhadores e ao cuidado. A metodologia

vem sendo construída, constituindo-se de quatro eixos: 1. Formação em Saúde – tem como estratégia a capacitação da equipe por meio da vinda dos redutores de danos ao centro de saúde durante três reuniões gerais mensais no período de duas horas cada uma, assim como a circulação de profissionais em outros serviços de saúde a fim de vivenciar e se apropriar de outras formas de cuidado; 2. Articulação de Rede – tem em vista a circulação dos usuários na rede percebendo-se assim a necessidade de articulação e o fortalecimento da mesma e inserindo nesta dinâmica a circulação dos profissionais de saúde no território e a realização de um mapeamento em relação à população de rua e usuários de SPAs; 3. Assistência – visa a realização de visitas domiciliares, visitas na rua e nos locais de uso de SPAs colocando o território como um lugar de potência e de possibilidades de ações e também ampliando as ações de cuidado para dentro do centro de saúde; 4. Prevenção e Promoção de Saúde – visa a estruturação de intervenções que podem ser desenvolvidas com a população de rua, usuários de SPAs e com as famílias que estejam envolvidas com esse tipo de demanda, ampliando e promovendo vínculos. Fora realizado o primeiro encontro formativo com a equipe de redutores de danos conforme pontuado nos métodos de estudo. Inicialmente, houve neste encontro uma breve apresentação da política de redução de danos e esclarecimentos quanto aos materiais utilizados no cuidado da população de rua e usuários de SPAs. Em um segundo momento - através de uma oficina instrutiva - pôde-se conhecer e manusear todos os materiais e os insumos utilizados pelos redutores em seus campos de atuação e o esclarecimento das diferenças entre o que são considerados insumos e o que não se pode considerar um insumo. Por meio da oficina foi possível elucidar diversas dúvidas advindas dos

profissionais da equipe do centro de saúde e dar continuidade na promoção do vínculo entre os serviços, fortalecendo-se a rede de saúde. Mensalmente, é realizada a reunião do projeto 'Rosália na Rua' havendo discussões acerca das ações e intervenções que vêm ocorrendo ao longo do tempo dentro do centro de saúde, entre quais são as maiores demandas encontradas e acolhidas durante aquele período e como o projeto pode se fortalecer enquanto instrumento de extensão do cuidado. No caso de M., e agora com o nascimento de sua filha B., tem sido possível a continuidade do acompanhamento longitudinal e integral da família. M, B. e J. continuam sendo assistidos pela equipe do centro de saúde por meio do vínculo que fora artesanalmente costurado e que pôde ser fortalecido e estabelecido através de ações voltadas tanto para dentro como para fora do serviço, conferindo potência ao território no que se refere ao cuidado do usuário.

POSICIONAMENTO DAS ENTIDADES MÉDICAS ACERCA DAS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA PROPORCIONADAS PELA LEI 12.871/2013 QUE INSTITUI O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Mayara Santana de Freitas, Catharina Leite Matos Soares

Palavras-chave: Entidades médicas, Formação Médica, Programa Mais Médicos

APRESENTAÇÃO: A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e têm como principais objetivos, reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção

do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS e fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço. Para a consecução de tais objetivos do Programa, a lei sugere também a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, assim como o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País. Esse Programa tem sido polêmico, com discursos controversos observados nas entidades de classe da sociedade civil, nas escolas médicas, no âmbito dos gestores, entre outros. Nesse sentido, o presente artigo tem o propósito de discutir o posicionamento das entidades médicas acerca das mudanças produzidas na formação médica pela lei 12. 871/2013 no período de 2015 a 2017. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi acompanhado de abril a setembro de 2015, diariamente, os sites do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Na visita diária desses sites foram selecionadas matérias publicadas que tratava do tema em estudo e uma vez selecionado, a mesma foi processada em matriz de análise contendo o título da matéria, a data da veiculação, o site da publicação e o conteúdo. Foram incluídas apenas as matérias que tratavam do tema nos aspectos relativos a formação médica que por sua vez foi categorizado levando em conta o conteúdo da lei 12.871, a exemplo das mudanças na Residência médica, ampliação de vagas nos cursos de medicina, criação de novas escolas médicas, mais especialidades, entre outros. Por fim, buscou-se identificar os principais fatos produzidos no período estudado. **RESULTADOS:** A análise das notícias publicadas nos sites investigados aponta um conjunto de fatos produzidos que parecem estar em oposição ao governo vigente e seus projetos estratégicos na área da saúde. O Programa, Mais Médicos foi

objeto de discussão recorrente, estando presente em várias notícias, quer seja de modo direto nas críticas enunciadas sobre o referido programa, quer seja nas respostas dadas pelas entidades, objetivando opor-se a ele. Houve pronunciamento acerca do sistema de supervisão e tutoria previsto pelo programa, que na visão das entidades, corresponde a um ponto de fragilidade. Essas fragilidades estariam relacionadas a presença de médicos sem supervisores indicados, alto número de médicos por supervisor, excesso de carga de trabalho para os supervisores. Ademais, foi citado também o desenvolvimento do módulo de acolhimento destinado aos médicos intercambistas do Programa como situação problema na implementação do programa, pela habilitação de médicos não aptos; e, o descumprimento das metas previstas para ocupação na atenção básica. As entidades manifestaram-se também em defesa dos médicos brasileiros que no primeiro ano do programa, representaram um quantitativo mínimo em relação ao total de médicos do programa. O Programa, Mais Médicos foi abordado também no que tange a abertura de novas vagas e cursos de medicina. Para as entidades, o aumento de vagas deveria se dar no âmbito das escolas públicas e privadas já reconhecidas, uma vez que consideram que a formação nas escolas e cursos recém-criados pode significar a desqualificação da força de trabalho médica, já que tal formação se daria sem a necessária infra-estrutura e corpo docente. Houve pronunciamentos também sobre o (re) ordenamento de vagas nas residências médica. Para as entidades analisadas, as universidades devem possuir autonomia na seleção dos seus alunos. Esse assunto veio atrelado a outro programa do governo federal o PROVAB, que concede bonificações aqueles médicos que prestarem serviços durante um ano na atenção básica, de modo que compromete a entrada por mérito. Um último elemento do programa

referido pelas entidades investigadas foi a questão do médico intercambista, que para elas, a atração desses profissionais não resolverá os dilemas da assistência médica no Brasil. As entidades médicas referidas nesse texto, apontam que a problemática da ocupação das áreas de difícil acesso da atenção básica reside na infraestrutura para o desenvolvimento da prática médica nesse nível de atenção, ou seja, é um problema relativo às condições de trabalho. Outro Programa elaborado pelo Governo Federal alvo de crítica pelas entidades médicas foi o "Mais Especialidades". Para eles, extensão do Programa, Mais Médicos, o novo Programa consiste em um equívoco, uma vez que a de definição de especialidades médicas é competência da sociedade de especialistas e não do governo federal. Embora apareça esse posicionamento negativo em relação ao Programa, a mesma entidade apresenta o contraponto do Conselho Brasileiro de Oftalmologia que reconhece a importância da inserção da Oftalmologia na Atenção Básica, por exemplo, com vistas a implementar a prevenção e controle das causas evitáveis de cegueira e deficiência visual. O decreto 8.467 referente ao "Cadastro Nacional de Especialistas", foi amplamente discutido no segundo semestre de 2015. O texto original permitia ao governo interferir de forma unilateral no modelo de formação de médicos especialista no Brasil. Segundo as entidades, essa medida interferia na autonomia Associação Médica Brasileira – AMB, e dos programas credenciados de residência médica que definiam os critérios rigorosos para os títulos de especialistas, o que para eles, levaria à precarização da formação com o intuito de garantir quantidade de profissionais especialistas em detrimento da qualidade da formação. A falta de diálogo do governo com as entidades médicas envolvidas na formulação do decreto, também foi alvo de críticas, além de considerar a

política de governo como fragmentada, descontínua, com vistas à atender interesses eleitoreiros. Após intensa mobilização e pressão das entidades médicas, com apoio de parlamentares, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso público de reescrever o Decreto nº 8.497/15, publicado pela Presidência da República. A nova versão do texto foi elaborada por uma comissão composta por representantes do Governo, das entidades médicas e de deputados federais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As leituras do conteúdo das mensagens publicadas nos sites das entidades médicas apontam certa oposição aos projetos e políticas em curso conduzidas pelo governo federal, no segundo mandato do governo de Dilma Rousseff. Não por acaso tais fatos são produzidos por essas entidades uma vez que há na agenda governamental nesse momento um conjunto de ações que tratam da força de trabalho médica. Observa-se certa tendência desqualificadora no discurso produzido pelas entidades. Ora elas tendem a desqualificar a ação em curso usando a retórica de que tais ações podem causar “riscos a população carente” ou “trata-se de uma conduta irresponsável”; ora utilizam as ações para proteger “o exercício da medicina” e “formação médica de qualidade”.

POTENCIALIZANDO O DESENVOLVIMENTO GERENCIAL POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Bruna Pedrosa Canever, Paulo Fernando Capucci, Pollyanna Mayara da Silva Câmara, Jose Domingos Severo, Vanilda Moreira Silva, Ana Honorato

Palavras-chave: Educação Permanente, Gestão em Saúde, Gerentes de Unidades de Saúde

APRESENTAÇÃO: Norteadas pela política

de Educação Permanente (EP) proposta pelo Ministério da Saúde, seguindo os pressupostos do SUS, as diretrizes de EP da Organização de Saúde, Associação Saúde da Família (ASF) Sul é um espaço de articulação interinstitucional que visa orientar e construir iniciativas políticas para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. A EP almeja ainda ancorar a prática de trabalho no dia a dia dos profissionais de saúde, melhorar os processos no trabalho e o papel desempenhado pela gestão, além de potencializar a corresponsabilização e cogestão do serviço. Para o desenvolvimento das ações de EP é de fundamental importância o envolvimento ativo de toda a equipe institucional, bem como de nossos gestores nas unidades de saúde gerenciadas pela parceira da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ASF-Sul. Nesta perspectiva, a partir das necessidades apontadas pelos gestores das unidades, foram criados Grupos Técnicos (GT) com a proposta de participação ativa dos gerentes, com intuito de aprofundar discussões acerca dos desafios enfrentados no processo cotidiano de trabalho. Este relato tem como objetivo apresentar a experiência da oficina de composição dos GT, e ainda os resultados da oficina do GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO** A oficina para a composição dos GT ocorreu no dia 31 de julho de 2015, após saber da necessidade dos gerentes e planejar as ideias para desenvolver um encontro de forma participativa, foram criados nove Grupos Técnicos, a saber: GT Assistência Farmacêutica, GT Gestão da Assistência Clínica, GT de Regulação, GT Educação Permanente; GT Desenvolvimento Gerencial Assistencial; GT Cumprimento de Metas de Produção; GT Qualidade da Informação; GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio; GT Equipe Mínima Assistencial e de Apoio. A metodologia utilizada foi participativa a partir da

estratégia de dinâmica do World Café, que promove a fácil integração e circulação dos participantes. Assim, cada gerente recebeu um Folder, com o nome dos GT, objetivos e principais ações estipuladas preliminarmente, para posterior construção conjunta com a equipe que iria compor. Foram dispostas no ambiente, mesas com os GT específicos e um facilitador da equipe técnica para incitar debates e esclarecer o propósito inicialmente pensado para cada GT. A cada 20 minutos os participantes circulavam entre os grupos, sendo que ao final todos tiveram a oportunidade de conhecer, expor e contribuir em cada GT. Em seguida, foi entregue um formulário com o nome de todos GT para que cada participante pudesse colocar em ordem de prioridade em qual GT gostaria de participar. Após esse momento, realizaram uma avaliação do dia demonstrando interesse e expectativas em iniciar esse novo modelo de trabalho. Após a definição da composição dos GT, no dia 18 de setembro de 2015, foi realizado o encontro que foi o marco inicial do nosso Projeto de Educação Permanente ASF-Sul intitulado como “Potencializando o Desenvolvimento Gerencial”, trabalhando diretamente com assuntos referentes ao GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio; com todos gerentes dos serviços de saúde da ASF-Sul (Capela do Socorro e Parelheiros). Entende-se que o Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio seja a busca pela ampliação e consolidação do papel do gestor em relação às demandas da organização. Com isso, nossos gestores precisam ter ferramentas avançadas e conhecer modelos de trabalho em gestão que lhes permitam analisar seu contexto de atuação, rever suas atitudes e pensamentos e garantir resultados nesta que é uma área tão complexa. Após a definição a respeito desta oficina, iniciou-se o processo de desenvolvimento de um manual de normas de procedimentos para adiantamento de caixinha (verba destinada

a todas as unidades de saúde gerenciadas pela ASF, para aquisição de material ou contratação de serviços que não são subordinados ao processo normal de contratação) e comprovação de despesas, para ser entregue aos gerentes durante o encontro. Este documento servirá de base para consulta a fim de sanar dúvidas a respeito da melhor utilização desta verba e comprovação de despesas, respeitando as normas da organização e a legislação vigente. Ao longo da reunião foram abertas discussões sobre o cotidiano de cada serviço de saúde em relação às questões de Manutenção (Predial e Equipamentos) e a utilização da verba de Caixinha, para que juntos pudéssemos apontar as dificuldades encontradas e direcionar os gestores de modo que tais dificuldades não venham a causar descontinuidade no atendimento à população. Foi aberto também um espaço para as perguntas dos gerentes de cada serviço a respeito do tema, uma caixa com perguntas enviadas anteriormente pelos próprios gerentes circulou entre os participantes, que faziam o sorteio de uma pergunta, que era lançada a todos. Logo após a discussão sobre o ‘caixinha’ iniciou-se a segunda pauta a respeito do setor de manutenção, onde também foram abordados diversos assuntos do cotidiano dos serviços de saúde relacionados à área. Também com o mesmo formato, após a fala da responsável pelo setor de manutenção, todos tiveram a oportunidade de levantar seus questionamentos, tendo sido estes esclarecidos de forma que todos tivessem entendimento dos procedimentos adotados pelo setor de manutenção. Ao final todos realizaram uma avaliação sobre o dia trazendo os pontos positivos e as sugestões para poder sempre aprimorar estes momentos. **RESULTADOS:** A partir deste movimento de composição dos GT’s, e da primeira oficina desenvolvida pelo GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas

de Apoio, foi perceptível o envolvimento e comprometimento dos gerentes no processo de construção coletiva. Essas iniciativas co-responsabilizam e possibilitam a autonomia fazendo com que os gerentes sintam-se parte do processo, trazendo contextos reais em que se pode, planejar e desenvolver Educação Permanente no seu cotidiano, trazendo assim real significado para a prática. Temos como ideal desenvolver uma práxis de apoio e cogestão em saúde a partir do método Paideia, onde um coletivo possa discutir e democratizar as decisões, trabalhando como uma gestão compartilhada sem hierarquias e principalmente utilizando o encontro com o outro para produção de afeto, ampliando assim a capacidade de desenvolver uma consciência crítica perante as práticas vivenciadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Considera-se que o primeiro passo para dar início ao desenvolvimento das habilidades gerenciais de nossos gestores foi dado, e mesmo que ainda a curto prazo já é possível ter frutos e diretrizes de quais caminhos podemos trilhar para alcançar os melhores resultados. A autonomia na tomada de decisão, a criticidade, a união e o espírito de equipe são elementos que legitimam verdadeiramente um coletivo, onde há troca de experiências, construções significativas para avançar numa perspectiva de melhoria dos processos de trabalho e em consequência maior resolutividade e assistência de qualidade a população.

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Inez Silva de Almeida, Maria Teresa Colão Gonçalves, Thais Priscila Machado Baptista de Souza, Tamara Paiva

Palavras-chave: Adolescente, Educação em Saúde, Enfermagem

Este estudo trata das práticas educativas em saúde do adolescente. As atividades de educação em saúde requerem conhecimentos e habilidades para lidar com os grupos humanos, como no caso dos adolescentes (Almeida, Amaral, Gomes, Dias, Silva, 2014). A adolescência é uma fase do desenvolvimento que compreende as mudanças biopsico e socioculturais do ser humano. Esse período entre a infância e a vida adulta é caracterizado pelas mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais, além dos esforços do adolescente para alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade. É importante ressaltar que ocorre uma enorme variabilidade no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento de cada indivíduo, com marcantes diferenças entre os sexos, grupos étnicos e sociais, estado nutricional, fatores familiares, ambientais e contextual (Oliveira, Ressel, 2010). A educação em saúde, neste momento da vida, é uma ação primordial, e tem por objetivo compartilhar com os adolescentes saberes em saúde, promovendo, prevenindo e diminuindo os danos à saúde. Por definição, as atividades educativas significam uma unidade de pessoas empenhadas em recíproca interação psicológica, onde os membros podem estar no mesmo ambiente ou distantes fisicamente, mas interagindo através de algum meio de comunicação (Souza, Brunini, Almeida, Munari, 2007). **Objetivo:** descrever as práticas de saúde com adolescentes, sustentada na problematização proposta Paulo Freire. **Metodologia:** A metodologia empregada foi quantitativa e observacional. As dinâmicas favorecem o entendimento das representações dos clientes, possibilitando a interação e o exercício de educação em saúde, bem como fortalecem o vínculo entre a clientela e o serviço. Além disso, a atividade possibilita conhecer as representações que os adolescentes fazem do meio social

e coletivo em que estão inseridos. Ocorre inicialmente a preparação do ambiente e dos materiais utilizados, antes da chegada dos clientes. Esses vêm para consulta médica no ambulatório e chegam com antecedência, momento que é aproveitado para a realização das práticas educativas. Os adolescentes são separados dos pais nos grupos de adolescentes e levados ao espaço preparado, e ali são incentivados a interagir uns com os outros, criam vínculos com a equipe de enfermagem e as acadêmicas. Essa atividade inicia-se com a apresentação das acadêmicas de enfermagem e da enfermeira responsável; logo após é solicitado um tema escolhido e todos os presentes são convidados a participar. Sempre é feita uma primeira dinâmica para descontração e apresentação, que serve para diminuir a timidez e conhecer um pouco os participantes. Tanto nas dinâmicas em grupo como na sala de espera são aproveitados os ambientes dinâmicos de pessoas que aguardam atendimento em saúde. São recursos para promover o cuidado através do processo educativo. O processo educativo que mistura saberes científicos e populares, articulando ensino e pesquisa possibilita novos conhecimentos de caráter emancipatório constituídos a partir do movimento de troca e construção entre os saberes. Os cenários da sala de espera e dinâmicas de grupo devem considerar a realidade das pessoas, compreendendo sua inserção sociopolítica e humanitária, constituindo-se um desafio na prática de promoção à saúde (Acioli, 2008). As práticas educativas realizadas têm um objetivo também voltado para o cuidado, pois é nesse espaço que o saber é construído e onde os vínculos entre usuários do serviço e profissionais de saúde são firmados (Rodrigues et al., 2009). Assim, espaços de diálogo e debates contribuem para o estreitamento das relações entre clientela e serviço. São utilizadas dinâmicas

lúdico-pedagógicas que proporcionam aos participantes desse processo educativo a construção do conhecimento, e os adolescentes assumem seus papéis como protagonistas deste processo de organização do saber. Entende-se como atividades lúdico-pedagógicas uma possibilidade de conduzir as práticas educativas de maneira que o ensinar e o aprender se tornem ações interligadas, aspecto fundamental ao desenvolvimento do ser humano. São jogos ou atividades que estimulam a criatividade e reflexão, que não valorizam a competição, e sim a participação. Isso permite um maior acesso ao campo de possibilidades para a imaginação, a criatividade, o desenvolvimento cognitivo e corporal, o reconhecimento da identidade do adolescente e a interação social. **Resultados:** São realizadas atividades grupais uma vez por semana, com duração de aproximadamente 40 minutos. Desde o início de atuação do projeto, em março de 2013 até agosto de 2015, foram atendidos cerca de 624 adolescentes com média de seis por semana. Os adolescentes se colocam de forma participativa, por meio das dinâmicas e atividades propostas, e percebe-se claramente sua necessidade de verbalizar seus conflitos e demandas. Observa-se a importância das atividades de promoção, educação em saúde e prevenção de doenças e agravos neste público. É característica normal dos adolescentes buscar grupos de pares, assim, o atendimento grupal em saúde, para eles, torna-se facilitador da expressão dos seus sentimentos e um local para troca de informações e experiências. O grupo possibilita o diálogo, a reflexão, a conscientização e oportuniza trocas de conhecimentos e formação de vínculo. À medida que as ações são realizadas, os adolescentes percebem a importância da transformação da sua realidade, bem como da mudança de postura para o fortalecimento de sua saúde. Após o grupo, os adolescentes

registram seus nomes e suas idades em uma folha de atividades de produção do serviço, e são questionados sobre sugestões de temas para serem abordados nos próximos encontros. São avaliadas as sugestões para escolha do tema, planejamento das dinâmicas utilizadas, preparação do material necessário, além da confecção dos folders para cada tema. Imediatamente após o grupo, faz-se uma reunião com a enfermeira responsável para discussão e avaliação da atividade desenvolvida, e são feitos registros, em ata, do quantitativo de participantes e da temática desenvolvida. A partir das respostas aos questionamentos ao final das atividades, foi observado que os adolescentes têm demandas de educação em saúde sobre o que gostariam de dialogar. Assuntos como Doenças Sexualmente Transmissíveis, Drogas, Gravidez na adolescência, Violência, Depressão, sobre orientação sexual e transexualidade têm sido solicitados como temas a serem desenvolvidos. Impactos na saúde: As atividades de educação em saúde têm sido uma prática intensamente profícua, pois permitem a interação da equipe de enfermagem com a clientela, proporcionam um trabalho educativo, favorecem a divulgação de informações envolvendo a desconstrução de tabus e mitos da população, e possibilita a troca de diálogo e formação de vínculos. Nesse sentido permite ao adolescente uma maior autocompreensão e incentiva que o mesmo seja o protagonista de sua saúde. Considerações Finais: Este trabalho é uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional também para o enfermeiro que, com seu conhecimento técnico-científico e sua aproximação com a comunidade, divide os saberes, experiências e vivências e pode correlacionar a teoria aprendida na graduação com a realidade, além de desenvolver a criatividade, sensibilidade, empatia e comunicação com públicos diversos.

PRECEPTORIA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR: A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO ANALISADOR DA INSTITUIÇÃO FORMAÇÃO EM SAÚDE

Marcelle Martins de Moraes Sanches, Lucia Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida

APRESENTAÇÃO: Nesta pesquisa realizada durante o Curso de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde refletimos sobre a formação pedagógica em saúde através das ações de preceptoria, realizadas em uma unidade hospitalar do município de Duque de Caxias – RJ. A dificuldade dos profissionais de saúde em exercerem a função de preceptores no cotidiano de suas práticas, de maneira à contribuir com a formação do estudante de graduação e pós graduação em saúde que aí busca sua profissionalização é o desafio cotidiano desses sujeitos, que necessitam conciliar as atividades diárias de cuidado e gestão, com as de preceptoria. As mudanças conjunturais que exigem implementar novas políticas de formação profissional na saúde, busca a integração entre os serviços de saúde e a academia, mas para tanto, é necessária a realização de uma formação e/ou uma aproximação de uma cultura pedagógica para os profissionais de saúde exercerem com competência, além das funções técnicas que lhe são atribuídas, uma prática de aprendizagem crítico-transformadora. Há hoje uma grande preocupação em relação à competência dos profissionais de saúde para atuar como preceptores. Na prática observa-se que os preceptores, assim como a maioria dos docentes universitários, dominam os saberes profissionais, o que é essencial para qualquer tipo de formação, mas não aplicam com propriedade os saberes pedagógicos, necessários à organização de ações formativas, tais como a compreensão dos objetivos dos diversos processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades

de avaliação. Atuam de maneira intuitiva, reproduzem modelos de formação pelos quais vivenciaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino. Entendendo-se a preceptoria, como uma ação voltada ao ensino em situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho, destaca-se a preceptoria como processo capaz de favorecer práticas reflexivas e de gestão coletiva do trabalho alinhada à educação permanente. Diante da problematização realizada sobre o cotidiano das práticas de preceptoria na formação dos profissionais de saúde, definimos como objetivo geral deste estudo analisar o processo de institucionalização da preceptoria em saúde em uma unidade hospitalar geral do município de Duque de Caxias, visando contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde no exercício das funções de preceptoria e o consequente ensino de qualidade no serviço. O referencial teórico-metodológico selecionado para apoiar essa reflexão é o da Análise Institucional, pois tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Os dados coletados foram analisados à luz dos conceitos de instituição, nos seus momentos instituinte, instituído e de institucionalização; de implicação e de analisador, concebidos pela Análise Institucional Francesa, preconizadas por René Lourau e George Lapassade. Com o resultado deste estudo visamos contribuir para ampliar o conhecimento sobre a formação em saúde como prática inerentemente desenvolvida no cotidiano dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Este estudo com abordagem qualitativa tem desenho socioclínico institucional que lança mão dos conceitos da Análise Institucional, na perspectiva da análise das práticas profissionais em saúde. A abordagem socioclínica institucional são intervenções que envolvem atividades de análise de grupo, acompanhamento das práticas

profissionais e atividades de pesquisa. O estudo foi realizado em uma instituição pública de saúde, do Município de Duque de Caxias no estado do Rio de Janeiro, no período de setembro de 2013 a agosto de 2015. Os sujeitos da pesquisa envolvidos foram os profissionais de saúde contratados ou servidores, que exercem ou exerceram função de preceptor na unidade hospitalar escolhida. Realizamos a coleta de dados através de entrevista semiestruturada, de uma oficina de trabalho com os preceptores selecionados, em setembro de 2014 e das anotações das pesquisadoras em um diário de pesquisa. Da análise dos dados coletados e à luz dos conceitos de instituído, instituinte, institucionalização, implicação e analisador, sistematizamos os eixos temáticos que denotam o papel do preceptor na unidade hospitalar e como sua atuação influencia na instituição formação em saúde e identificamos o analisador que permitiu a instituição preceptoria em saúde falar. Resultados: Da leitura e releitura dos dados produzidos, emergiram os seguintes eixos temáticos que foram objeto de reflexão sobre o papel do preceptor na unidade hospitalar e como sua atuação influencia na instituição formação em saúde à luz dos conceitos apresentados: o ser preceptor, satisfação em receber graduandos, dimensões do exercício do preceptor: prática reflexiva x produtividade/produzibilidade, Institucionalização da preceptoria, o desenvolvimento do estágio de acordo com as características dos acadêmicos. A partir da análise desses dados, a pesquisadora identificou dois analisadores que permitiram a instituição preceptoria em saúde falar: Convite aos preceptores na participação da pesquisa e o tempo como fator determinante na preceptoria. Tanto os eixos quanto os analisadores foram analisados à luz do referencial da análise institucional francesa Lourau-lapassadeana, sobretudo a partir dos conceitos de instituído, instituinte, institucionalização, implicação

e analisador. Considerações Finais: A partir do referencial teórico metodológico da Análise Institucional, entendeu-se a preceptoria como uma instituição que em seu movimento dialético, envolve o confronto entre os aspectos instituídos e instituintes na prática dos preceptores, revelando sua institucionalização a partir da criação de uma nova ordem ou da transformação da instituição preceptoria já existente. A preceptoria em saúde é uma função educativa que é exercida no processo de trabalho dos profissionais. Neste estudo o conceito de preceptoria é tomado como uma ação implicada dos sujeitos que tem a responsabilidade com a consolidação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde. A ação dos preceptores não são neutras e necessitam estar em constante análise. As contribuições trazidas pelos participantes sobre as possíveis maneiras de melhorar a preceptoria nos hospitais públicos onde o ensino é realizado a partir das práticas assistenciais podem ser parte integrante da formação de todo profissional de saúde. A implementação dessa política poderá contribuir para a formação e desenvolvimento de competências desses profissionais e dos acadêmicos que são ensinados por eles, além de uma aproximação maior entre os diferentes profissionais que exercem a função de preceptoria. Espera-se com isso que o programa de preceptoria se desenvolva com maior adesão por parte dos profissionais e que os mesmos se sintam acolhidos pela Instituição e possam se enxergar na importância desse processo.

PRÓ-ENSINO NA SAÚDE: ANÁLISE DE 28 PROJETOS E O IMPACTO COMO POLÍTICA INDUTORA DAS ÁREAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Silvia Helena Arias Bahia, Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Palavras-chave: Educação Superior, Saúde, Educação de Pós-Graduação

APRESENTAÇÃO: Os setores da saúde e da educação veem nos últimos anos provocando debates, no sentido da implementação de políticas indutoras, onde se observa, dentre outros, dois movimentos importantes, a reorganização da atenção primária, e a formação profissional na área da saúde, ambas, essenciais para a integração ensino-serviço, considerada estratégia fundamental para a consolidação do SUS (BRASIL, 2007). Dentre essas políticas, destaca-se o programa PRÓ-ENSINO NA SAÚDE que em 2010 aprovou 31 projetos ligados a Programas de Pós-graduação (PPG) *stricto sensu*; este prevê a implantação de redes de cooperação acadêmica, com o objetivo de fortalecer, expandir e qualificar a atenção básica, por meio da produção de pesquisas científicas e tecnológicas, assim como, pela formação de mestres, doutores e pós-doutores na área do ensino na saúde (CAPES, 2010). O Programa surge da parceria da CAPES com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, dentro do Programa Nacional de Apoio ao Ensino e à Pesquisa em Áreas Estratégicas – PRONAP e nesse contexto desempenha importante papel no processo de fortalecimento das ações estratégicas propostas pelo governo, pois se propõe a promover e ampliar a formação docente, fortalecendo a área de ensino na saúde como campo de produção científica de excelência, nas áreas temáticas e estratégicas: da gestão do ensino na saúde; currículo e processo ensino-aprendizagem na graduação e pós-graduação em saúde; avaliação no ensino na saúde; formação e desenvolvimento docente na saúde; integração universidades e serviços de saúde; políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia; e tecnologias presenciais e a distância no ensino na saúde. O estudo se propõe a analisar os projetos, aprovados no Edital

Pró-Ensino, segundo distribuição geográfica; vinculação do projeto aos programas de pós-graduação; área temática; composição da equipe; perfil profissional do Coordenador da equipe, proposta formativa (mestrado, doutorado e estágio pós-doutoral), e articulação com outras políticas indutoras. **DESENVOLVIMENTO:** Estudo qualitativo e descritivo, utilizando-se análise documental de 28 Projetos encaminhados pelos Coordenadores. O projeto tem o Parecer nº 492.974 - CEP/UNIFESP. **RESULTADOS:** Mais da metade (54,9%) das propostas aprovadas foram da região sudeste, não havendo registro de projetos da região norte. A análise concernente à vinculação do projeto a instituições públicas e/ou privadas mostrou que a grande maioria vinculou-se a instituição pública, tanto entre as instituições líder e /ou responsável (23 de 28), como entre as instituições participantes e /ou corresponsável (07 de 10). Identificou-se a participação de 55 Programas de Pós-Graduação (PPG), cuja análise segundo as áreas de conhecimento e de avaliação da CAPES, mostrou que a Ciências da Saúde e afins (74,5%), foi à área de conhecimento predominante; e dentre a área de avaliação, destacaram-se medicina e enfermagem. Em relação à área temática, se observou maior interesse pelas áreas temáticas: “formação e desenvolvimento docente na saúde” e “currículo e processo ensino-aprendizagem na graduação e pós-graduação em saúde” (15 e 14 projetos, respectivamente). Dentre as de menor procura evidenciaram-se as de “gestão do ensino na saúde”, e a de “políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia” com atenção de sete e oito projetos, respectivamente. A área temática “avaliação no ensino na saúde” foi a de maior interesse nos projetos da região sudeste e centro-oeste; na região sul destacou-se a área de “formação e desenvolvimento docente na saúde”. Chamou atenção entre os projetos da região nordeste, o fato de que as áreas de “avaliação no ensino na saúde”

e de “formação e desenvolvimento docente na saúde” não foram de interesse em nenhum projeto. Em relação à constituição da equipe de pesquisa, observou-se ampla participação de Docente/Pesquisador (329 / 87,7%), e uma representação ainda muito tímida dos técnicos (18 / 4,6%). O gênero feminino foi predominante em todas as categorias. Quando se analisou algumas características relativas ao perfil profissional dos Coordenadores, notou-se que a maioria das coordenações foi desempenhada por mulheres (64,29%). Quanto à variação das profissões de formação entre os mesmos, observou-se a presença de nove diferentes profissões, sendo 07 da área da saúde e 02 de áreas afins. A medicina mostrou-se predominante em ambos os gêneros. Em relação à inserção discente e proposta formativa apresentada nos projetos, estima-se a oferta de vagas para formação de 411 profissionais da área da saúde e afins, assim distribuídos: vagas em nível de mestrado (213 / 51,1%), sendo que destas, apenas seis estão especificadas como mestrado profissional (MP); seguida de vagas para o doutorado (154 / 38%), e ainda 44 (10,9%) vagas para o estágio pós-doutoral. Registra-se também, a proposição / nucleação / criação / implantação / de 07 MP em ensino na saúde; criação de 02 MP na área da saúde; implantação de 01 MP em Saúde e Medicina Laboratorial; e proposição de 03 MP: Vigilância em Saúde Ambiental, Saúde da Família e Saúde Mental. Notou-se ainda que as regiões Sudeste (45,4%) e Sul (31,4%) ofertaram maior número de vagas, acompanhando o número de projetos aprovados (SE = 15 e S = 07 projetos) no programa. A oferta para o mestrado foi predominante em todas as regiões à exceção da região sul, onde predominou o doutorado. No contexto da regionalização, quatro projetos (FMRP/USP, FM/USP, UNIFESP e FMABC) se comprometeram a estimular a redução das assimetrias inter e intra-regionais da pós-graduação brasileira,

em especial nas regiões Amazônica, Nordeste e Centro-Oeste. A FM/USP e a FMABC pretendem responder a este objetivo credenciando vagas em seus PPG. A UNIFESP propõe-se a criar e consolidar no período de execução do Projeto dois núcleos disseminadores regionais nas cidades de Belém (PA) e Maceió (AL) por meio do fomento de ações formativas, investigativas e trabalho conjunto na área do ensino na saúde. A análise evidenciou ainda, que treze IES pretendem promover o intercâmbio de conhecimentos, estimulando o estabelecimento de parcerias (redes de pesquisa e/ou consórcios interinstitucionais) entre IES, serviços públicos de saúde e outras instituições, capacitadas a desenvolver estudos, que, de forma articulada, implementem pesquisa, tecnologias e inovações na área do Ensino na Saúde. O Pró-ensino na Saúde se insere num grupo de políticas indutoras (VER SUS e APRENDER SUS, o PROMED, o PRÓ-SAÚDE, o PET SAÚDE, residências multiprofissionais, dentre outras) implementadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, desta forma, cabe destacar que a grande maioria (19) das IES participantes do Pró-Ensino já estabeleceu e/ou desenvolve parceria com esses programas e políticas, dentre esses (as) chama atenção a adesão aos Programas de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). CONSIDERAÇÕES FINAIS: a análise permite inferir que esta iniciativa tem importante potência de integrar as práticas de saúde e espaços formativos pós-graduados, tanto para a produção de conhecimentos quanto à qualificação dos profissionais que atuam no ensino em saúde, na perspectiva de uma formação coadunada com os princípios do SUS.

PROBLEMATIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS DO CEFOPE/RN

Flávia Andrea Belarmino de Medeiros, Ana Larissa Fernandes de Holanda

Palavras-chave: educação profissional, SUS, problematização

A educação e o currículo são partes integrantes e ativas de um processo de produção e criação de sentidos, de significações, de sujeitos. Este trabalho tem como objetivo apresentar o plano de curso do técnico em análises clínicas da escola CEFOPE/RN. Nossos alunos são trabalhadores do SUS e muitos desconhecem ou têm visão equivocada do Sistema. Alienados em relação ao próprio processo de trabalho. Dessa forma, o currículo proposto pela escola técnica do SUS - CEFOPE/RN foi organizado na perspectiva da integração do trabalho, da ciência e da cultura. Currículo, não no sentido de transmitir a cultura de uma sociedade, e sim como campo de luta e significados de concepções de vida social. Sendo assim, o CEFOPE/RN construiu o Plano de Curso Técnico de Nível Médio em Análises Clínicas, com carga horária de 1.440 horas com sua organização curricular dividida em três módulos: Módulo I (Contextualizando e Organizando o Cuidar em Saúde com carga horária de 280 horas); Módulo II (Organizando e Realizando Ações em Análises Clínicas com carga horária: 420 horas e Estágio curricular de 80 horas, totalizando 500 horas); Módulo III (Organizando e Realizando Ações em Análises Clínicas II com carga horária equivalente a 540h e estágio curricular de 120h, totalizando 660 horas). O trabalho teve como eixos: a cidadania, compreendida como produto da práxis social, o respeito às experiências e aos saberes prévios

dos alunos. O processo de conhecimento ocorreu por meio do método histórico – dialético. A partir dele, mergulhou-se em determinadas categorias, como a matéria, a consciência e a prática social, levando em consideração a existência de uma realidade que se apresenta com suas contradições e com possibilidades de transformações. Nesse cenário emergiu uma proposta educativa transformadora que objetivou a participação do aluno como ator em destaque nesse processo. E ao mesmo tempo, fez o docente assumir a posição de mediador ou facilitador da relação ensino-aprendizagem. Fundamentando-se numa concepção crítica das relações existentes entre educação, sociedade e trabalho e em princípios que reconhecem o aluno como sujeito ativo de seu próprio conhecimento, construindo significados a partir da sua realidade pautando-se no princípio: ação-reflexão-ação. Assim como, incorpora valores éticos, políticos e conteúdos históricos e científicos que caracterizam suas práticas, de forma a proporcionar a compreensão das dinâmicas sócio-produtivas das sociedades modernas.

PROFISSIONALISMO NA PERCEPÇÃO DE PROFESSORES E ALUNOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Adriane Pires Batiston, Aline Gangi Turino Battini Basso, Fernando Pierette Ferrari, Arthur Almeida de Medeiros, Laís Alves de Souza Bonilha

APRESENTAÇÃO: A Fisioterapia no Brasil é uma profissão bastante recente que vem sendo construída ao longo dos últimos 45 anos, desde que se legitimou como profissão de nível superior em 1969. Durante este período histórico, podem-se destacar importantes momentos, que em maior ou menor grau, contribuíram para o cenário atual da Fisioterapia no Brasil. A forma como

se organiza como profissão e a visão que a sociedade tem do fisioterapeuta refletem a maneira como a profissão se construiu nas esferas técnico-científica, política, cultural e social. Apesar de importantes transformações ocorridas na sociedade, e especialmente no modelo assistencial de saúde no Brasil e nos processos de formação de profissionais de saúde, pode-se observar que, na prática, o fisioterapeuta ainda é fortemente relacionado ao perfil técnico, reabilitador, com um fazer profissional voltado ao tratamento de doenças, cuidado individual, utilização de tecnologias duras, formação centrada em especialidades e atuação predominantemente nos níveis de média e alta complexidade. Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais definirem as competências gerais e específicas esperadas para o profissional fisioterapeuta, cada vez mais, surge a necessidade de se investigar e discutir as repercussões de alguns valores e comportamentos dos profissionais e o impacto destes para o próprio profissional, para usuários de ações e serviços, para os trabalhadores, para a categoria profissional e para a sociedade como um todo. Apesar de pouco pesquisado no Brasil, o profissionalismo tem ganhado força na literatura científica, especialmente na educação médica, indicando a necessidade de se desenvolver conceitos e possibilidades de avaliação de valores abstratos que, apesar da difícil mensuração, são desejados na prática profissional cotidiana. Os esforços para se definir o profissionalismo servem como condutores adicionais de mudança para transmitir significados tanto para os profissionais, conferindo uma identidade comum, como para o público, identificando o valor da profissão e ao que ela se dedica. Em relação à fisioterapia, no ano de 2000, a American Physical Therapy Association (APTA), identificou sete valores fundamentais para o profissionalismo na Fisioterapia: 1. responsabilidade;

2. altruísmo; 3. compaixão/cuidado; 4. excelência; 5. integridade; 6. dever profissional e 7. responsabilidade social. A fim de iniciar um estudo mais aprofundado sobre valores e comportamentos comuns aos Fisioterapeutas brasileiros, este trabalho realizou uma primeira aproximação com o intuito de coletar informações sobre quais valores compõem o profissionalismo na percepção de professores e alunos de cursos de graduação em Fisioterapia. MÉTODO DO ESTUDO: Para a realização deste estudo foi elaborada uma oficina que contou com 14 fisioterapeutas professores de cursos de graduação e 5 estudantes de cursos de fisioterapia em diferentes níveis e provenientes de diferentes regiões do país. Os 19 participantes receberam canetas coloridas e um bloco de tarjetas que eram preenchidas com afirmações sobre a atuação do fisioterapeuta, relacionando-a com o profissionalismo ou falta dele. As tarjetas preenchidas foram trocadas várias vezes entre os participantes que concordavam ou não com a afirmação, a idéia foi que todas as afirmações produzidas pudessem ser avaliadas por todos os participantes. Ao final da dinâmica foi montado um painel, baseado nos sete valores fundamentais eleitos pela American Physical Therapy Association (APTA) para a avaliação do profissionalismo. As tarjetas elaboradas pelos participantes foram analisadas por todo o grupo e então foram alocadas no painel compondo indicadores para cada um dos sete valores. RESULTADOS: A análise dos resultados demonstrou considerável aproximação entre a percepção dos participantes deste estudo sobre comportamentos e ações que compõem o profissionalismo em Fisioterapia e os indicadores definidos pela APTA. Foram citados pelos participantes comportamentos referentes aos sete valores fundamentais, sendo que mais frequentemente houve a citação de ações referentes aos valores 3 e 4. Em relação ao valor 1. responsabilidade,

observou-se que os profissionais consideram relevante que o fisioterapeuta estabeleça comunicação adequada com pacientes e familiares, mantenha o paciente informado e ativo em seu processo terapêutico, documente adequadamente suas ações e estabeleça vínculo com pacientes e familiares/cuidadores. O valor 2. altruísmo teve apenas uma citação referente a importância do fisioterapeuta priorizar as necessidades do paciente em detrimento de suas próprias. O valor 3. compaixão/cuidado refere-se a identificação do profissional com o paciente, o olhar holístico e o respeito às necessidades e valores do outro, neste item foram identificados pelos participantes comportamentos como o cuidado humanizado, a necessidade do trabalho em equipe para o cuidado integral, a importância de identificação de determinantes do processo saúde-doença para um cuidado efetivo e a defesa de princípios como a equidade e integralidade. O valor 4. excelência, refere-se a atualização científica, desenvolvimento de conhecimentos e aplicação destes na prática, este item recebeu o maior número de citações, reforçando a idéia de que o fisioterapeuta possui, ainda, uma formação técnico-centrada, com valorização de tecnologias duras e leveduras em detrimento de tecnologias leves, sendo o saber científico e especializado bastante valorizado entre os participantes deste estudo. O valor 5. refere-se aos princípios éticos e padrões profissionais e foram citados como indicadores o respeito aos princípios éticos e bioéticos na prática profissional e o cuidado com a privacidade dos pacientes. No que tange ao valor 6. dever profissional, os participantes identificaram ações como atuar em todos os níveis de atenção, estar atento e combater práticas que comprometam a profissão e atuar como educador e gestor. No que se refere ao valor 7. responsabilidade social,

foram considerados comportamentos relativos ao profissionalismo: conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, atuar como agente empoderador de sua comunidade, participar e apoiar representações políticas, técnico-científicas e sociais da profissão e atuar de forma a responder as necessidades da população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos resultados encontrados foi possível identificar algumas aproximações entre os valores fundamentais para o profissionalismo definidos pela APTA, baseando-se na realidade americana e a percepção de um grupo de fisioterapeutas docentes e estudantes de graduação em fisioterapia brasileiros. Observou-se que os valores relacionados à excelência e à compaixão/cuidado foram mais reconhecidos pelos participantes, confirmando as raízes da profissão no Brasil, que relacionam-se à reabilitação, ao cuidado individual e à valorização de conhecimentos técnico-científicos. Os resultados deste estudo auxiliarão no processo de tradução, adequação cultural e validação do instrumento desenvolvido pela APTA para avaliação do profissionalismo entre os fisioterapeutas brasileiros, contribuindo para seu desenvolvimento tanto na formação de futuros profissionais, como nos processos de trabalho e cuidado.

PROJETO PRÓ- SAÚDE/ PET SAÚDE – REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE – REDE CEGONHA DO MUNICÍPIO DE PACATUBA, CE: TRAÇANDO O PERFIL SOCIOECONOMICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA REDE MATERNOINFANTIL DE JANEIRO A JULHO DE 2014,

Eddie William de Pinho Santana, Ronize Fernandes Silva, Renan Cunha da Silva, Glauca Posso Lima

Palavras-chave: PET- Saúde RAS, Rede Cegonha, Pacatuba

APRESENTAÇÃO: O PET-Saúde caracteriza-se como uma estratégia diferenciada de formação, dentro das metas do Pró-Saúde, voltada para a melhoria da atenção básica no Brasil. trabalhando com uma nova metodologia de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS. Nesse processo os alunos de graduação da área da saúde são inseridos no território, bem como nos diversos espaços dos serviços. É oportunizada ao estudante a integração entre ensino, serviço e comunidade, na qual eles vivenciam a interação com a realidade do território e o cotidiano dos serviços de saúde para a que tenhamos profissionais cientes da realidade que irão encontrar nas unidades de saúde do Brasil. A Universidade Estadual do Ceará (UECE) em convênio com a secretaria municipal de saúde do município de Pacatuba, CE, desenvolve um projeto Pró- Saúde/ Pet Saúde – Redes de Atenção em Saúde – Rede Cegonha, que conta com um tutor da universidade, seis preceptores do serviço de saúde do município e 12 alunos de oito cursos de graduação da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição, biologia, educação física, veterinária, psicologia e serviço social). Dentro das atividades desenvolvidas pelo nosso projeto destaca-se uma pesquisa sobre o perfil das gestantes atendidas no município. OBJETIVOS: O objetivo do presente trabalho é, portanto, descrever o perfil das gestantes atendidas em quatro unidades básicas de saúde e uma unidade hospitalar do município. METODOLOGIA: A pesquisa foi de cunho quantitativo, transversal e exploratório. Foram aplicados questionários com perguntas relativas a dados socioeconômicos, a saúde da gestante e sobre o parto a um total de 237 gestantes atendidas em quatro unidades básicas de saúde da família e no hospital municipal. As

entrevistas foram conduzidas pelos alunos bolsistas participantes do projeto, com a supervisão dos preceptores e do tutor. Os dados referentes aos questionários foram tabulados analisados estatisticamente. RESULTADOS: Os resultados serão discutidos aqui. Os dados mostram que as gestantes acompanhadas nos Postos de Saúde (72%) não apresentavam risco de morte para a mãe nem para o bebê, e que no hospital (28%), existe o risco de morte para um deles ou para ambos. Isso se deve ao fato de que as gestantes de risco são naturalmente encaminhadas para o atendimento hospitalar. A faixa de renda familiar predominante entre 1 à 3 salários mínimos, 49,6%, somada a faixa com menos de 1 salário mínimo, 23,3%, totalizam 72,9% o que demonstra a precariedade de condições financeiras, uma vez que a renda atende de 3 a 4 pessoas nas necessidades gerais, como moradia, alimentação, vestuário, educação, lazer etc. Além disso, o percentual que não sabe informar a renda é expressivo, 26,3%, que abrange as menores gestantes, que provavelmente ainda estudam, e as pessoas economicamente inativas – donas de casa e pessoas que dependem de pensões ou de programas assistencialistas. Um percentual de 58,1% das gestantes apresenta escolaridade de nível médio; 33,9% das gestantes apresentam escolaridade de nível fundamental e 4,2% das gestantes apresentam escolaridade de nível superior, revelando que 96,2% das gestantes tem acesso à educação, contudo, há falta informação, de infraestrutura e/ou de oportunidade, pois apenas 4,2% conseguem alcançar o nível superior. 72% das gestantes apresentam marido (37,3%) ou companheiro (34,3%) e 25,4% ainda estão solteiras, revelando a busca de estabilidade conjugal, emocional e financeira para enfrentar a nova etapa de vida, pois o casal é mais aceito pela sociedade, uma vez que ainda guarda traços arcaicos da estrutura paternalista da sociedade brasileira - época

de submissão da mulher. Apenas 16,2% apresentam mais de três gestações; 83,8% apresentam uma (41,9%) ou duas (41,9%) gestações, refletindo a efetividade das medidas de controle de natalidade iniciado no final da década de 90, como camisinha, pílulas anticoncepcionais, diafragma, DIU (Dispositivo Intrauterino), ligadura de trompas, vasectomia etc. Além disso, a mulher inserida no mercado de trabalho implica uma redução da fecundidade, pois a preocupação com a carreira e com os estudos podem deixar a família em segundo plano. Tendo como base que todas as gestações chegaram a termo sem intercorrências, 99 gestantes apresentam 1 filho, 99 gestantes apresentam 2 filhos, 27 gestantes apresentaram 3 filhos e 11 gestantes apresentaram 4 filhos, logo há um total de 422 crianças para 236 mães, gerando uma taxa de fecundidade de 1,79, taxa negativa; isso reflete o decréscimo da fecundidade nacional que já está bem próximo de 2, implicando a taxa de reposição da população, estabilizando o número de indivíduos, pois o crescimento é mínimo, passando para a diminuição do número de indivíduos. As gestantes apresentaram várias modas para as idades, contudo apresentou maior frequência à idade de 26 anos, com 16 repetições (6,84%), seguida pelas idades de 20 (15 repetições; 6,41%) e as idades de 18, 19 e 21 com 14 repetições (5,98%) cada uma. A média das idades das gestantes foi de 25 anos. Foram acompanhadas grávidas em todas as idades gestacionais, sendo constatado que as gestantes são sedentárias, pois apenas 16 gestantes (6,8%) realizam atividade física, predispondo mais fatores de risco à gravidez. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do perfil socioeconômico das gestantes de Pacatuba, município com aproximadamente 50 mil habitantes e pertencente a zona metropolitana de Fortaleza, fica clara a necessidade de um atendimento materno infantil integrado em seus diversos níveis de

atenção, bem como uma assistência social atuante, para garantirmos que as mulheres tenham uma gestação acompanhada e tranquila e um parto seguro para a gestante e para o bebê. Vale destacar também a grande importância de projetos como o PET Saúde/RAS na formação dos nossos alunos, pois essa experiência impar de trabalha dentro da realidade do território e do serviço em contato direto com a realidade da saúde e vivenciando a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade das ações de atenção saúde vai com certeza produzir os profissionais engajados que precisamos.

PSICOLOGIA, APRENDIZAGEM E SUS: PERSPECTIVAS DE FORMAÇÃO ATRAVÉS DO VER-SUS

Fabiana Andressa Rodrigues da Silva, Daniel Viana Abs da Cruz, Júlia Leffa Becker Schwanck

Palavras-chave: formação, ver-sus, psicologia, sus, estágio

INTRODUÇÃO: O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) têm a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde. Para o desenvolvimento pleno do projeto se faz necessário ajuda de colaboradores, entre os quais está a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). OBJETIVO: Descrever as ações do SPE realizadas nas escolas públicas de Campo Grande/MS durante o 1^o semestre de 2015. METODOLOGIA: Análise dos relatos de experiência elaborados pelos acadêmicos dos cursos de farmácia, fisioterapia e extensão da UFMS, que estão disponíveis no fórum destinado ao SPE no ambiente virtual de Educação à Distância da UFMS. RESULTADOS: Em Campo Grande, as ações do projeto SPE foram realizadas em 15 escolas municipais e 4 escolas estaduais.

Os temas a serem desenvolvidos por escola foram escolhidos em reunião, onde deveria estar presentes as três vertentes responsáveis: acadêmicos, representante da escola e representante da saúde. Ao todo foram realizadas 12 oficinas sobre sexualidade e saúde reprodutiva, 14 sobre prevenção das DST, HIV e Aids, 12 sobre gêneros, 04 sobre adolescência, juventude e participação, 03 sobre raças e etnias, 01 sobre diversidades sexuais e 11 sobre álcool e outras drogas. Abordando assim todos os temas propostos pelo projeto. O público dominante foram alunos do 7^o ao 9^o ano do ensino fundamental e duas escolas trabalharam com turma da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Observou-se que apenas 9 escolas contaram com o auxílio do profissional da saúde durante suas ações. Em contrapartida, em todas as escolas os profissionais da educação auxiliaram de alguma forma. Somente em 03 escolas houve realização de uma ação coletiva, onde os alunos participantes do projeto demonstraram aos demais alunos da escola o que aprenderam durante o SPE. CONCLUSÃO: Pode-se observar que para os acadêmicos o projeto SPE foi um desafio devido algumas dificuldades encontradas, mas serviu para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de experiências práticas profissionais em cuidado em saúde. O SPE foi desenvolvido conforme as necessidades da escola, e possibilitou a participação efetiva dos adolescentes nas iniciativas referentes à prevenção.

QUESTÃO SOCIAL: QUAIS SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS?

Luciana da Conceição e Silva, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: neoliberalismo, Saúde, residência

Nesse artigo discutiremos a concepção e desenvolvimento da Questão Social como resultado do conflito entre capital e trabalho e o processo de surgimento das políticas sociais como uma forma de enfrentamento de suas expressões. Consideramos que as características das políticas neoliberais possuem implicações na política de Recursos Humanos na saúde apesar de também considerar as possibilidades dessa formação para o fortalecimento do Sistema único de saúde (SUS) e a consequente redução dos níveis de pobreza e desigualdade. Para isso, discutiremos a atual política de Formação de recursos humanos no Sistema Único brasileiro (SUS), em especial, as residências multiprofissionais que visam formar profissionais para um trabalho com consciência sanitária na saúde cujos princípios visam fortalecer, como prescrito em legislação, um SUS universal, integral e de qualidade. No entanto, o conflito desses objetivos prescritos com a realidade de precarização neoliberal da política de saúde e de reestruturação produtiva que, com reflexo na saúde, flexibilizam as relações de trabalho, nos fazem perceber que essa assimetria é parte e expressão da Questão Social de uma sociedade contraditória. O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002. O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo, segundo o Ministério da Saúde, possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS. Tal realidade demonstra a centralidade da formação para o trabalho em saúde que, no caso das residências, se torna um

espaço privilegiado por se tratar de uma formação no e pelo trabalho. Hoje, as RMS encontram-se atreladas ao um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, que exigem que os sujeitos envolvidos assumam posição de protagonistas deste processo. Na saúde brasileira existe a disputa entre o projeto da Reforma sanitária da década de 1980 que influenciou a construção constitucional do Sistema Único de Saúde versus o projeto privatista a partir da década de 1980 influenciado pela ideologia neoliberal. No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS. Assim, a RMS é concebida com o objetivo da formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas assistenciais. O que se agrega a esta nova modalidade de formação resultam em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e uma possibilidade de maior institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, que vem ao encontro do que preconiza os princípios do SUS. Interessa-nos saber se, na tentativa de efetivação do SUS em tempos de hegemonia neoliberal, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da educação permanente ou se é mais uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de prática precarizado para os profissionais de saúde. Tendo em vista que nessa estratégia de formação pelo trabalho o governo estabelece uma forma de contrato aviltante, temporário e precário. Exclui do trabalhador

o direito à férias e licença remunerada além do 13^o salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Obriga os bolsistas a pagarem o INSS como contribuinte individual, sem que haja contribuição patronal ao invés de instituir um plano de carreira para os profissionais da saúde o que consequentemente fortaleceria de fato o SUS. Soma-se a este fato a precarização dos serviços de saúde em si submetendo os profissionais já inseridos no trabalho no SUS dentro de dinâmica contrária aos princípios sanitários do sistema de saúde, tendo em vista, a fragmentação da seguridade social, a real precarização da implementações dos cursos de residência pelo país, a falta de integralidade dos serviços o que compromete a realização de um trabalho multiprofissional e intersetorial, agregado a estas questões está a crescente privatização dos equipamentos e da gestão do trabalho em saúde. Indagamos o porquê de ao invés do investimento na qualidade dos Serviços de saúde - para que assim o perfil de profissional possa se adequar ao processo de trabalho condizente com as propostas do SUS - a política de formação vem focando na expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada (exigindo-se dedicação exclusiva) e salário (bolsa) abaixo do piso normal de um profissional de saúde (apesar da bolsa das residências serem maiores que muitos salários pagos a profissionais de saúde tanto em algumas empresas privadas quanto em muitos concursos públicos, porém destaca-se que a carga horária do residente é 60 horas semanais). Dessa forma, apesar dos esforços do movimento sanitário para uma formação em saúde articulada aos princípios do SUS, atual proposta de residência multiprofissional, em tempos neoliberais, pode fortalecer ainda mais a lógica do mercado nas políticas de saúde. Observamos a influência neoliberal tanto na substituição de profissionais estáveis e

vinculados aos serviços por força de trabalho mais barata, temporária e precarizada, quanto na tentativa de “interiorizar” e expandir ações de saúde no país sob a lógica de inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e docência o que compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação. No caso brasileiro, entre as particularidades da “questão social” está de um lado a superexploração do trabalho, de outro, uma passivização das lutas sociais que historicamente foram mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes. Segundo a autora, a “flexibilização/precariedade” do trabalho entre nós não pode ser creditada somente à crise recente do capitalismo, pois essas características fazem parte da nossa característica de exploração do trabalho. A manutenção de um fluxo permanente de demissões e contratações, ou seja, de uma política de substituição dos trabalhadores, que, assim, não conseguem, na sua maioria, ultrapassar os anos iniciais da carreira além de reduzidos custos do passivo trabalhista, reduz também os custos de seleção. O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social - por meio da centralidade da assistência social focalista - e a “passivização” dos trabalhadores e movimentos sociais. É fato que se aumenta o grau de precarização e flexibilidade do trabalho aumenta, na mesma proporção, sua exploração. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde. É preciso destacar que enquanto a lógica neoliberal - nesses moldes do SUS - não for enfrentado de forma estrutural, seja

com o fim do subfinanciamento do nosso sistema de saúde público, seja na disputa do perfil de formação dos trabalhadores da saúde, seja na regulação das especialidades e residências de acordo com as necessidades de saúde da população e não do mercado, seja na criação de estratégias de absorção desses profissionais pelo SUS público e não pela rede privada ou pública terceirizada, o caminho de fortalecimento do SUS será mais dificultoso.

REALIDADE X POSSIBILIDADE: DA FORMAÇÃO SUPERIOR PARA DOCÊNCIA EM SAÚDE, UMA VISÃO CURRICULAR DE UM DOCENTE ENFERMEIRO

Jair Rosa dos Santos

Palavras-chave: Formação, docência, currículo

Este resumo expandido abordará temáticas complexas e polêmicas, porém atuais enfatizando temas como currículo, formação superior e docência em saúde na perspectiva do entrelaçamento e na construção de um saber científico no processo de ensino-aprendizagem para a formação profissional e na atenção a saúde nos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS). No decorrer desse processo são apresentadas diversas políticas com o objetivo principal de colaborar para uma qualidade da assistência em saúde, fortalecendo o processo de formação para um sistema de saúde vigente no Brasil. Portanto, seguiram os preceitos do estudo exploratório por meio de uma revisão da literatura do tipo descritiva, que apresenta um conteúdo resumido da literatura especializada de um determinado tema, tendo como base citações teórico-científicas, em particular os escritos por profissionais de educação e saúde. Currículo é definido como conversa complicada de cada indivíduo com o mundo e consigo mesmo, devendo proporcionar ao sujeito

o entendimento dessa experiência, pois o currículo é um texto que tenta direcionar o leitor, porém isso acontece de forma parcial. Entretanto outros estudiosos relatam que o processo de aprendizagem apresenta uma complexidade que reflete no conhecimento diverso, caracterizando o aprender individual, motivacional e comportamental, além da docência apresentar-se como mediadora desse processo que reflete sobre o que se faz e o que se está fazendo. Neste sentido (Tadeu e Moreira), reforçam que a ideologia e o currículo não apenas se refere à reprodução educacional, mais apresentam tendência de classe que é de imensa importância, não podendo aqui ser ignorada. O objetivo principal foi possibilitar a articulação de temas como formação superior, docência em saúde e abordagem curricular. Tal iniciativa deu-se após a leitura, discussão e articulação de temas relacionados à disciplina de currículo em saúde do programa de mestrado ensino em saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e o profissional da saúde como docente. A formação em saúde mostrou-se como um processo de grande movimentação em diversas direções, envolvendo-se com situações contraditórias, e conflitantes, mas também na produção de possibilidades de negociação e atribuição de significados que configuram os espaços de aprendizagem em saúde no contexto social e do SUS. Na construção da docência mediadora no processo de ensino-aprendizagem faz-se necessário o cotidiano reflexivo entre o que se faz e o que se deve fazer junto aos alunos, profissionais e sociedade. O currículo, originária do latim pode ser considerado uma perspectiva da centralidade dos saberes podendo ser o caminho privilegiado na educação escolarizada, procurando estreitar as fronteiras não só entre os conhecimentos, mas entre esses saberes e os saberes cotidianos, verificando dessa forma uma democratização curricular contemplando vários saberes. O

conhecimento não é um ato individualizado, mas sim um processo construtivo entre educadores e educandos, na formação dialógica de conhecimento do mundo. Portanto considera-se que a educação é uma área de pensamentos e práticas de projeção de ideias individuais e coletivas, ideologias e valores que almejam ser desenvolvidos para serem compartilhados com o outro em suas propostas impostas ou ocultas. Dessa forma fica evidente que, para descobrir a realidade, é preciso ir além do discurso que se elabora sobre a mesma. A realidade educativa ainda é muito obscura, aí a necessidade de um exame analítico e não apenas nas impressões. Nessa perspectiva sociológica para integração curricular da saúde, na formação profissional destacam-se ainda a necessidade de humanização do conhecimento em um processo construtivo, gradual, que se realiza através do elucidar conhecimentos e sentimentos, com a finalidade de humanizar a ação para o ato de cuidar. Conclui-se que historicamente o professor recebe essa identidade de docente, pelo seu dinamismo mutável, resultado de um processo de experiências concretas, determinando suas ações com suas realidades vivenciadas e desenvolvidas no seu cotidiano. Neste sentido, afirmar-se que o ser docente é apresentado como alguém que deve ajudar o próximo, ensinar para a vida e ser mediador de conhecimentos, estudos e sempre interagindo e dialogando com seus alunos, para que o ser humano seja visualizado de forma holística e jamais fragmentado. Faz-se necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas, acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, e a construir. Portanto, resumem em uma característica formativa de um currículo por conceitos, valores individuais de características sociais e culturais diferentes, questões que vão ao encontro de uma construção democrática do currículo.

REDE CEGONHA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: ANÁLISE DOS INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE

Patricia Marques Magalhães, Vera Lucia Koadjaoglanian, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil

A atenção pré-natal no Brasil, há décadas vem sofrendo alterações e implantando políticas públicas de saúde cujo principal propósito é a melhoria da qualidade assistencial prestada ao binômio mãe-filho. Diante desta preocupação o Governo inicia alterações nas redes assistenciais, desde a implantação do Programa de Saúde da Família até a organização das Redes de Atenção. Desta forma, em 2011 é lançada a Rede Cegonha (RC), que prioriza a atenção desde o planejamento familiar, passando pela atenção pré-natal até os cuidados integrais da criança até dois anos de idade. A formulação e a execução de políticas públicas para a saúde materno-infantil no Brasil instituiu-se a partir da década de 1970, com objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade destes grupos. (CARNEIRO, 2013; DA GAMA AZEVEDO, 2006). A Rede Cegonha é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde que tem o objetivo de organizar uma rede de cuidados que garanta atenção integral às mulheres. O direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento. Tem o intuito de garantir também à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (CAVALCANTI,

2010; DA SILVA, 2011). O problema que constitui o fio condutor para deste estudo e análise dos indicadores de saúde associados à Rede Cegonha (RC), antes e após a sua implantação no estado de Mato Grosso do Sul. Por ter participado da implantação da Rede Cegonha nas equipes de Estratégias de Saúde da Família em um município deste Estado e estar à frente da coordenação da Atenção Básica, houve a necessidade de investigar o que ocorria em todo o estado com a implantação da RC e proceder a uma comparação entre as diferentes macrorregiões de saúde, verificando se ocorreu ou não a melhoria de indicadores de saúde e, por acreditar que esta estratégia, pode alavancar avanços na saúde materno-infantil. Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo analisar a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul, através da análise dos indicadores de mortalidade e morbidade materno-infantil antes e após a implantação da Rede Cegonha. No estudo foram comparados indicadores da Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, dos municípios de Mato Grosso do Sul. As análises foram feitas separadamente por Macrorregião de Saúde, sendo elas quatro Macrorregiões: Campo Grande (34 municípios), Corumbá (2 municípios), Dourados (33 municípios) e Três Lagoas (10 municípios). Para o estudo foram coletados dados de dois períodos distintos, antes e após a implantação da Rede Cegonha no Estado: janeiro de 2011 a março de 2012 e janeiro de 2013 a março de 2014, correspondendo respectivamente aos períodos de 1 ano e três meses antes e 1 ano e três meses após a implantação da Rede Cegonha no Estado. O período de abril de 2012 a dezembro de 2012 foi excluído por corresponder a nove meses (período de uma gestação), durante o qual houve a implantação da estratégia Rede Cegonha no Estado. A construção do banco de dados foi através de informações coletadas no

DATASUS, banco de indicadores do Estado, na homepage oficial da Secretaria Estadual de Saúde. Os dados analisados foram os indicadores de atenção da Rede Cegonha: número de sífilis congênicas notificadas e números absolutos de óbitos materno, infantil e neonatal. A Rede Cegonha foi implantada em todos os 79 municípios de Mato Grosso do Sul, propondo ações inéditas frente a assistência materno-infantil, como a distribuição dos testes rápidos e alocação de recursos a todos os municípios. Observou-se que o número de casos de sífilis congênita notificados obteve um aumento de 78,98% no período posterior a implantação da Rede Cegonha em Mato Grosso do Sul, com 157 casos confirmados no período anterior e 281 casos após sua implantação. A macrorregião de Três Lagoas foi a que obteve um aumento de 100% dos números de casos quando se comparado os períodos analisados. Logo em seguida a macrorregião de Dourados apresenta o segundo maior aumento com 86 casos notificados. A macrorregião de Campo Grande tem o maior número absoluto de casos notificados após a implantação da Rede Cegonha (176 casos), mas apresentou um aumento de 67,62% quando comparados seus períodos estudados. Corumbá foi a macrorregião que anterior à implantação da Rede Cegonha não apresentava nenhum caso de sífilis congênita, mas após a implantação confirmou três casos. Em Mato Grosso do Sul, houve uma queda de 46,51% no número absoluto de óbitos maternos, com a redução de 43 para 23 casos confirmados no período avaliado, a Macrorregião de Corumbá foi quem apresentou a maior redução, zerando o número de casos que antes à implantação eram de sete casos confirmados. Dourados teve uma redução de 50% nos óbito maternos, seguida da macrorregião de Três Lagoas (42,86%) e Campo Grande uma redução de 21 para 15 casos, com uma variação de 28,57%.

Referentes aos óbitos infantis houve uma queda em 2,76% no Estado, sendo que foram registrados 54 óbitos a menos nos períodos analisados. A macrorregião de Corumbá foi quem apresentou a maior queda (8,47%), seguida por Campo Grande e Dourados. Os óbitos neonatais foram o que apresentaram uma maior variação, sendo que houve uma redução de 54 óbitos nos períodos analisados, com uma variação a menor de 11,39%, chamando a atenção para Macrorregião de Campo Grande que apresentou uma redução de 14,56%. Corumbá apresentou uma menor variação com apenas 4,44%. A guisa de conclusão, considerando a Rede Cegonha, como uma política de saúde orientada ao pré-natal, parto, nascimento e acompanhamento da criança até os 2 anos de idade, considerando os números encontrados, tal política ainda necessita de maior envolvimento das equipes de saúde, mudanças de práticas assistenciais de saúde e facilidade do acesso e qualidade do atendimento. Os resultados finais do estudo serão encaminhados à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), a título de conhecimento, para auxiliar no entendimento e auxílio de novas estratégias ou manutenção das já existentes para a efetividade da Rede Cegonha.

REDE DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TRAUMA NO ÂMBITO DA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS

Ana Alice Brites de Barros, Allesyane Cleyti da Silva, Natali Calças

Palavras-chave: Trauma, Urgência, Redes de Atenção, SUS

RESUMO EXPANDIDO: trauma pode ser definido como uma lesão física causada por ações externas lesivas ou violentas ou pela introdução de substância tóxica no organismo, e também pode acarretar em

dano psicológico ou emocional. Além disso, o mesmo é um agravamento que pode gerar várias doenças e representa um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil, uma vez que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, com profundas repercussões nas estruturas sociais, econômicas e políticas de nossa sociedade. Os cuidados assistenciais da rede inibem as reinternações precoces. Deste modo, a organização das linhas de cuidado (LC) com o uso de ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde é ponto chave na desospitalização segura. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos usuários residentes no território da Unidade Básica de Saúde Jardim Seminário internados por trauma no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande (MS). Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, conduzido no Hospital Santa Casa de Misericórdia em Campo Grande (MS), onde a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), por meio de seus acadêmicos (petianos) dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia e nutrição, desenvolveram atividades extracurriculares através do Programa de Educação para o Trabalho: PET SAÚDE REDES/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Os critérios de elegibilidade e inclusão para participar da pesquisa foram pacientes internados no hospital por trauma e residentes da região Jardim Seminário, Campo Grande (MS). Os critérios de exclusão foram pacientes menores de 18 anos, indígenas e não residentes na região analisada. O hospital dispunha ao Programa, multiprofissionais da saúde (preceptores) que no primeiro momento indicavam aos petianos a admissão de pacientes traumatizados internados no período de Janeiro à Maio de 2015. Em um segundo momento, os petianos que foram divididos em duplas, acessou o Sistema eletrônico do hospital para pesquisa de identificação dos pacientes e informações

da internação; e posteriormente foi aplicado um questionário referente ao perfil sócio demográfico com os mesmos, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações contidas no questionário foram tabuladas em Microsoft Excel e realizadas porcentagens e médias das variáveis. Foram coletados dados de 100 pacientes, sendo esta amostra composta de 24 (24%) mulheres e 76 (76%) homens. A faixa etária com maior prevalência foi entre 18 a 38 anos responsáveis por 59 (59%) das internações, acompanhada pela idade entre 39 a 59 anos 26 (26%), 60 a 80 anos 13 (13%) e > 81 anos 2 (2%). Em relação ao estado civil, 43 (43%) dos pacientes eram casados, 32 (32%) solteiros, 13 (13%) divorciados, 7 (7%) em união estável e 5 (5%) viúvos. Estes resultados corroboram com os analisados em um hospital de referência ao trauma em Curitiba, que ao avaliarem os pacientes atendidos, observaram a prevalência de internações de pacientes jovens do sexo masculino, em idade produtiva, vítimas de acidentes de trânsito. Este perfil vem de encontro com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde em 2008, onde às causas externas foram de maior proporção nas internações da população jovem (15 a 39 anos). Em relação ao mecanismo de trauma do presente estudo, a maior prevalência foi de acidente motociclístico com (48%), seguido de acidente automobilístico (23%), força corporal (9%), queda (5%), atropelamento (5%), ferimento de arma branca (4%), queimadura (3%), ferimento de arma de fogo (2%) e acidente ciclístico (1%). Ainda, nos dados relatados pelo Ministério da Saúde em 2008, as principais causas de trauma foram colisões e atropelamentos provenientes de acidentes de trânsito, sendo os motociclistas responsáveis por 60% (240) das vítimas. O trauma causa importantes consequências sociais e econômicas, pois além das lesões poderem ocasionar óbito ou incapacidade, temporária ou permanente,

elevando o custo com a recuperação e a piora da qualidade de vida, fatores que preocupam o Sistema Único de Saúde. Essa epidemiologia tem impelido os serviços de atendimento de emergência no Brasil e em todo mundo a se organizarem para atender às cinco grandes vertentes do controle ao trauma: prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento intra-hospitalar, reabilitação e plano de atendimento a catástrofes e grandes desastres. A Santa Casa de Campo Grande, conforme Portaria nº 2.809, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) vem instituindo este processo de controle ao trauma com serviços executados para melhor atender o usuário, mesmo com as mudanças físicas e tecnológicas da porta de entrada de emergência, adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observando os pressupostos da Política Nacional de Humanização. A organização desses processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. O usuário deverá ser assistido de forma integrada, sendo possível somente se o serviço estiver organizado em rede. Em relação aos aspectos legais do presente estudo, dentre os traumas encontrados em maiores abrangência destaca-se o acidente automobilístico, sendo que dos 23% identificados, somente 9% usavam cinto de segurança. Considerando os 48% de acidentes motociclísticos, 17% usavam capacete e 31% dos usuários que relataram estar sem o uso do mesmo. Entre os menores índices dos aspectos legais estão o uso de EPIs e uso de substâncias psicoativas com 1% e 8%, respectivamente que afirmaram estar usando equipamentos de proteção ou ter usado, e o restante relata não ter usado ou não se aplica. Dentre as lesões corporais afetadas pelos traumas que apresentaram

maior prevalência no presente estudo destacam-se as lesões anatômicas da extremidade inferior, superior e superfície externa. Lesões no crânio apresentaram quinta posição, apesar dos altos índices de ausência do uso do capacete. Tais prevalências também foram detectadas, em um estudo realizado no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, em São José dos Campos em 2003, onde nos seis primeiros meses do estudo identificaram que das 976 lesões anatômicas, os membros inferiores obtiveram maior prevalência (258) seguido pelos membros superiores (211) e cabeça (202), sendo que esta última apresentou gasto médio de internação de R\$ 684,83. Diante das cirurgias realizadas devido aos traumas descritos no presente estudo, foram identificados que 17% dos usuários necessitaram de procedimento neurológico, 10% torácico, 5% abdominais, 65% ortopédicos e 3% plástico. Dentre as condições de alta apresentadas aos pacientes do estudo, 61% apresentaram limitações moderadas. Tais limitações demonstram a diminuição da qualidade de vida do paciente traumatizado. Deste modo, torna-se imprescindível a articulação de políticas e programas voltados para o enfrentamento de reestruturação e educação de vítimas de traumas, bem como aprofundar sobre o cuidado que tem sido dispensado aos portadores de traumas nos serviços de saúde, quer sejam públicos, ou privados. Espera-se que a população acometida por agravos decorrentes de traumas seja amparada em qualquer nível de atenção do SUS, de modo que a atenção básica e os serviços especializados estejam preparados para o acolhimento e encaminhamento dos pacientes para os demais níveis do sistema quando este se fizer necessário através de sua evolução dentro de cada serviço oferecido no âmbito assistencial.

REDE ESCOLA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE- RELATO DE PESQUISA

Larisse Raizza dos Santos Cavalcante, Aline Lopes de Santana, Cássia Palmeira Felizardo dos Santos, Marcia Rafaella Ferreira de Mendonça, Marcelly Alpiano Rocha, Jefferson de Souza Bernardes, Mayara Suzy Santana Camelo

Palavras-chave: Redes- escola, estágios curriculares supervisionados, integração ensino- serviço

INTRODUÇÃO: O campo da formação profissional em saúde no Brasil, atualmente, enfrenta o desafio de ampliar, aprofundar e executar articulações entre os cursos de graduação em saúde e as redes de atenção em saúde. Historicamente, a formação dos cursos da saúde, boa parte das vezes, orienta-se para o universo do mercado privado, sustentado por lógicas neoliberais, distante da saúde pública brasileira. Na rede de serviços os profissionais recém-formados apresentam poucas competências e habilidades para a atuação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). É comum ouvirmos dos mesmos que não se sentem preparados para a atuação na Rede de Saúde. Com as recentes políticas orientadas para modificações das graduações dos cursos da saúde e transformações das práticas cotidianas de trabalho, o Ministério da Saúde em parcerias com o Ministério da Educação, desenvolveu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com diversos Programas e Ações (BRASIL 2009). Por meio da Estratégia de Integração Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social, Tais Programas e Ações conquistam espaços de diálogos e encontros nas redes. A estratégia visa a produção de perfis formativos comprometidos, críticos, sensíveis às demandas de saúde da população atendida em seus territórios,

articulados aos princípios do SUS. A Rede-Escola é um dos principais dispositivos orientadores da formação para as necessidades de saúde da população, a partir dos princípios do SUS. E o ponto central desta articulação centra-se nos Estágios Curriculares Supervisionados. Definidos na Lei 11.788/08 como “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação” (BRASIL, 2008). OBJETIVOS: Essa pesquisa objetiva investigar as Redes-Escola no campo da saúde no Brasil. identificá-las e caracterizá-las; identificar concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados vinculados à saúde; problematizar as relações entre as Redes-Escola e os modelos de estágios. Para tanto, estão sendo realizados paralelamente quatro planos de pesquisa: as Redes-escola em saúde no Brasil; concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados; as relações entre Redes-escola em saúde e os estágios curriculares supervisionados em Psicologia; concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados: análise das referências científicas encontradas nas bases de dados. METODOLOGIA: Fundamenta-se no referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2013). Deste modo, utilizou dois procedimentos metodológicos – Pesquisa Bibliográfica e Análise de Documentos de Domínio Público (SPINK, P. 2013) – como caminho para o estudo do conhecimento científico como um ato social e coletivo. Tais procedimentos foram realizados com base em dois eixos temáticos: o dos Estágios e o da Rede-Escola. A Análise de Documentos de Domínio Público ocorreu por meio de busca ativa na internet. Buscou-se: as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde e leis que regulamentam

o estágio no Brasil; documentos por meio do vocábulo “Rede-Escola” e “Rede-Escola SUS”. A Pesquisa Bibliográfica foi feita no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, na Biblioteca Virtual em Saúde e na Biblioteca da Universidade de São Paulo, com os Descritores (DeCS) Estágio, Redes de Apoio Social, Redes Comunitárias e Serviços de Integração Docente Assistencial. RESULTADOS: A busca e a identificação de documentos de domínio público resultaram em 50 documentos dentre Leis, Resoluções, Portarias e DCNs; e cerca de 19 documentos sobre iniciativas de Rede-Escola (notícias, eventos, folders, apresentações em congressos, dissertações). Por meio da Pesquisa Bibliográfica dos Descritores (individualmente, em pares, trios e quarteto) encontrou-se 1.029 referências. Foram construídos quadros para visualizar informações (como por exemplo: autoria, título, ano) e uma Linha do Tempo que apresenta modificações nas concepções de estágio ao longo do tempo. A partir dos documentos de domínio público localizados foi possível realizar as primeiras aproximações e identificar algumas experiências de Redes-Escola em estados e municípios do país. As experiências identificadas foram: Pernambuco, Paraíba, Ceará e Bahia (estaduais) e, também, Ribeirão Preto e Porto Alegre (municipais). Nas primeiras aproximações com o tema, foram encontradas experiências importantes em alguns pontos do país. A existência de iniciativas próximas ao estado de Alagoas abre um importante espaço de diálogo na construção de uma Rede-Escola neste local. Nas experiências encontradas, destacam-se os estados de Paraíba e Pernambuco, em que se notou o desenvolvimento de dispositivos de diálogo entre academia e serviços via convênios de trabalho em parceria por meio de espaços de cogestão, criação de fóruns, estratégias

de formação (CEFOR-RH/PB e FormaSUS-PE) e incentivo à preceptoria. Percebe-se a convivência de diversos conceitos de Rede-Escola simultaneamente. Entretanto, não se pode perder de vista movimentos que avançam as ações e possibilidades do próprio conceito de Rede-Escola. Em se tratando dos estágios, a partir da análise dos repertórios linguísticos dos documentos de domínio público foi possível perceber que o modo como eles estão organizados dificultam a aproximação com os modos de promover o cuidado propostos pelas Políticas Públicas de Saúde. A delimitação de alguns períodos do curso para a realização de práticas, não oportuniza, por exemplo, a longitudinalidade preconizada pelo SUS, nem o aprofundamento da vivência do estudante nas relações de ensino-serviço-comunidade de modo que a formação se dê no e para o serviço. Os estudantes não têm como conhecer o território e o serviço, portanto, não experienciam o desenvolvimento do vínculo. Somado a isso, o posicionamento das instituições formadoras enquanto responsáveis por programar e supervisionar os estágios produz a noção hierárquica de que a universidade está acima dos serviços de saúde, dificultando a criação de espaços coletivos em que os trabalhadores, os alunos-estagiários e os professores-orientadores possam, em conjunto, interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho na medida em que exercitam ações em equipe e potencializam a multiprofissionalidade, bem como a interdisciplinaridade norteadas pelos cuidados integrados (SILVA; CABALLERO, 2010). CONCLUSÃO: A pesquisa está em andamento, o que foi apresentado acima são os resultados iniciais. Busca-se nessa segunda fase aprofundar as buscas por documentos e as análises dos materiais já encontrados. Nota-se que iniciativas de Redes-Escola em Saúde estão surgindo em alguns estados do país e que as discussões sobre o Estágios Curriculares

Supervisionados são fundamentais para sua consolidação. Este projeto está sendo realizado em parceria com a Comissão de Integração Ensino- Serviço (CIES) do estado de Alagoas, a qual está acompanhando o desenvolvimento e contribuindo com o levantamento de informações relevantes para a pesquisa.

REDUÇÃO DE CUSTOS ATRAVÉS DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS REGISTROS DE CURATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Thiago Pereira Kovalski, Nilva Lúcia Rech Stédile, Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Regina Helena Medeiros, Anderson Kahl Beck

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Educação permanente em saúde, Prescrição de Enfermagem, Registros de Curativos

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um setor hospitalar altamente especializado, que tem como função a vigilância contínua de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, os quais possuem condição de restabelecimento ou melhora na qualidade de vida. Porém necessitam de intervenções rápidas e precisas, que tem por objetivo oferecer suporte, monitorização hemodinâmica, metabólica, nutricional, ventilatória e reabilitação. Analisa-se a estreita relação entre a auditoria e os serviços contábeis, no sentido que estas sejam confiáveis, adequadas, totais e seguras. A educação permanente em saúde é definida como processo pedagógico de aprendizado no âmbito do trabalho e da formação em análise, implícita e conjunta em nível de políticas públicas, instituições

e dos profissionais de modo geral, sendo o ponto central a porosidade à realidade mutável constante das ações e dos serviços de saúde. Sabe-se que, com os extremos de idade aumenta a propensão a déficits imunológicos e de cicatrização, retardando o processo de recuperação destas lesões. Além de que permanecem mais tempo internados na UTI, apresentam a média dos escores de Braden mais baixas e condições clínicas de maior gravidade. Para que os serviços de saúde sejam pagos pela prestação de cuidados é necessário que estes estejam prescritos de forma adequada e os procedimentos sejam registrados no prontuário do paciente, evitando-se não conformidades e glosas nas contas. Não conformidade é todo e qualquer erro ou inadequação ao processo de trabalho de enfermagem visto através de uma auditoria. Os cuidados de enfermagem que não são prescritos, checados e executados de forma adequada trazem prejuízo econômico ao serviço de saúde e déficit no cuidado, ou seja a glosa. Assim as inconformidades podem ser reduzidas com o desenvolvimento de um programa de educação continuada, supervisão e auditorias. OBJETIVO: Avaliar a relação existente entre a educação permanente com as prescrições, a execução e o registro dos curativos de enfermagem e o impacto financeiro gerado na UTI. PERCURSO METODOLÓGICO: Trata-se de um estudo avaliativo com vistas ao aprimoramento dos registros de enfermagem, aos cuidados e o seu impacto financeiro na administração hospitalar, o qual foi realizado em uma UTI adulto de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul, entre os meses de setembro e outubro de 2013, com capacidade para 10 leitos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em 12 de setembro de 2013, através do protocolo nº 38/2013. Este estudo se assemelhou à uma auditoria nos prontuários dos pacientes internados,

com a finalidade de avaliação e melhoria do serviço na unidade. Inicialmente, avaliaram-se os prontuários realizando a busca de dados como idade, sexo, motivo de internação, agravantes de saúde, cuidados de pele, as prescrições e registros destes. A coleta de dados se deu sempre ao final da tarde, de segunda a sexta-feira, pois na instituição as prescrições iniciam às 19 horas, com validade até as 18 horas e 59 minutos, ou seja, de 24 horas. Fez-se uma intervenção aliado à educação continuada da instituição, capacitando os profissionais de enfermagem da unidade em todos os turnos de trabalho. Envolvendo 18 (dezoito) técnicos de enfermagem e 5 (cinco) enfermeiros da UTI, com base nos protocolos de cuidados da própria instituição. Quanto à realização adequada das prescrições de enfermagem e a importância de cuidados processo gerencial, econômico e financeiro. Após esta intervenção foi realizado um novo processo de coleta de dados durante 6 dias, contudo com projeção nos custos para 30 dias. A realização das prescrições de enfermagem é dividida entre os três turnos, por isso, às vezes um longo período de tempo transcorre até o início da execução programada do processo de enfermagem, facilitando as alterações no quadro do paciente e consequentemente na prescrição, o que pode predispor o erro se o enfermeiro não estiver atento constantemente ao cuidado do paciente. Este processo ocorreu por um período de 15 dias, com projeção dos resultados para 30 dias. Após a coleta dos dados, os mesmos foram classificados e divididos por categorias, das quais geraram melhor representação e análise da caracterização da unidade e dos cuidados de enfermagem, relacionados diretamente com a prescrição de curativos. RESULTADOS: Com os resultados foi possível realizar um cálculo estimado dos prejuízos da instituição com as glosas geradas pelas não conformidades

do serviço no quesito prescrição, execução e registro dos curativos, resultando em déficit econômico. Os motivos mais frequentes para internação foram: pós-operatório imediato de grande porte, sendo a cirurgia cardíaca (24%) e de trato gastrointestinal (19%), seguindo pelas alterações de nível respiratório com necessidade de ventilação mecânica (19%). A média de idade dos pacientes é de 59 anos. O tempo médio de internação foi de 19 dias e 14 horas, com uma taxa de ocupação na UTI de 92%. Através de capacitações, e da educação permanente, ocorreu o planejamento de intervenção para melhoria serviço, uma vez que este torne-se sustentável e venha a gerar lucro. Os resultados obtidos com esta segunda etapa do estudo, foram comparados aos primeiros, em forma de estatística total e percentual, para que com este método fosse possível verificar a importância das capacitações nos serviços de saúde, acarretando em melhoria através da qualificação dos profissionais. As prescrições de enfermagem específicas para curativos realizados antes da capacitação com prescrição e checagem adequada foi de 70% e as prescrições de forma inadequada correspondem à taxa de 30%. Após esta etapa fora realizado uma reunião com cada turno e equipe, para que assim pudessem ser esclarecidos os resultados obtidos e a importância do trabalho de educação permanente em saúde. As informações fornecidas pelo serviço de auditoria da instituição indicam que o pagamento por curativo na instituição se dá por acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), em que todos os curativos realizados e registrados na instituição, recebem um valor único de R\$ 32,40. Utilizando este valor como base de cálculo, sabe-se que o número de 160 curativos, corresponde à 30% do total de não conformidades, ao projetar a pesquisa para 30 dias o índice de glosas pode chegar à R\$ 10.368,00. É fundamental ainda que

se observe os curativos que necessitam ser executados mais de uma vez ao dia, devendo ser adequadamente prescritos e registrados, para assim evitar novas não conformidades, glosas e prejuízos. Após a capacitação ocorreu então uma nova coleta de dados, que se deu em 6 dias, na qual o índice de conformidades foi de 91%. Com base nos valores repassados pelo serviço de auditoria foi possível calcular aproximadamente sua projeção para 30 dias, obtendo-se o custo aproximado de glosas em R\$ 2.268,00. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados mostram que a educação continuada em uma UTI pode reduzir o índice de não conformidade de 30,94% para 9,33%. Ao avaliar estes dados observa-se que, através da educação permanente em saúde, direcionada diretamente aos déficits dos setores, foi possível reduzir 78% dos custos com curativos em UTI. Investir em capacitações e supervisão continua dos gastos é uma forma de manter a qualidade do cuidado e o programa de coberturas tecnológicas nos serviços.

REFLEXÕES FRENTE A UM PROJETO PEDAGÓGICO BASEADO NOS CURRÍCULOS EM SAÚDE E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Caroline Amaral, Tiago Amador Correia, Odival Faccenda, Marcia Maria de Medeiros, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Currículo, Diretrizes para Planejamento em Saúde, Projeto Pedagógico

Introdução: As práticas educativas estão intrinsecamente ligadas às teorias da educação, estas por sua vez, possuem um histórico de evolução e mudanças na decorrência dos anos. Revisando o contexto histórico cronológico é possível observar as mudanças no processo ensino-aprendizagem, destacando, a forma de se

pensar e compreender o currículo dos cursos de graduação em saúde. Como fonte transformadora há as contribuições realizadas pela sociedade, no papel de filósofos, sociólogos, antropólogos, cientistas e demais estudiosos da área assim como a legislação vigente, a qual regulamenta/normatiza os cursos de graduação no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior N° 9394 de 1996. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996). A discussão sobre o currículo do curso de medicina teve início a partir da disciplina de Currículo em Saúde ofertada pelo Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, a qual propôs a análise e reflexão sobre o Projeto Pedagógico (PP) mediante o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O presente estudo alvitra o olhar ao PP do curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados do Estado de Mato Grosso do Sul, realizando uma análise crítica com o que preconiza a legislação, compreendendo o currículo como o cerne determinante do perfil formador do aluno egresso. Objetivo: Analisar um PP de um curso de medicina baseado nos currículos em saúde e DCN. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico. Utilizado os bancos de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo Brasil e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Pesquisa realizada em Junho de 2014, utilizando as palavras chaves: Currículo em Saúde; Diretrizes Curriculares Nacionais; Projeto Pedagógico. Critérios de inclusão: publicações que discursavam sobre as palavras chaves selecionadas e que caracterizavam o contexto histórico referido. O critério de escolha do PP de uma Universidade da Região considerou o contexto em que os pesquisadores estão

inseridos. Resultados e Discussão: O PP deve estabelecer um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas, em busca de alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade. Sua construção passa pela questão da autonomia da Instituição, deixando entrever seu comprometimento com a busca da qualidade da educação que se propõe trabalhar (ALBERTO, 2008). As DCN dos cursos de graduação de Enfermagem, Medicina e Nutrição regulamentada no Parecer CNE/CES 1133/2001, constituem orientações para elaboração dos currículos, assegurando flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes, a fim de, garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2002). As DCNAS, trazem como orientações o formato mínimo de construção de um PP, o qual deve conter: perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso e acompanhamento e avaliação. Orientam ainda que, a formação do profissional médico deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Adquirir habilidades e competências gerais e específicas na atenção básica, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente são parte dos objetivos das diretrizes. As DCNAS, esclarecem ainda, quanto à organização curricular do curso, ou

seja, o PP deve ser construído coletivamente junto com o currículo do Curso, o qual deve despertar compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais, regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. Além disso, reforça a importância da avaliação e acompanhamento permanente através de competências, habilidades e conteúdos curriculares. Ao analisar o PP do curso medicina da UFGD-MS, observa-se que o mesmo cumpre parcialmente as orientações das DCNS. Traz sucintamente a identificação do curso e suas características gerais, ressalta a importância de um currículo integrado, construído de forma coletiva, porém não descreve de que forma essas ações serão executadas e efetivadas, ainda construído em estrutura metodológica em forma de disciplinas que não se articulam entre si, caracterizando a fragilidade da construção de um currículo em saúde e um PP. Quanto à concepção do curso traz como relevante a elaboração de um currículo integrado unindo as grandes áreas do conhecimento sem perder o foco de qualidade na formação médica. Discute pontos importantes como o de assegurar ao aluno conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que possibilitem a formação profissional; atendimento integral físico, mental e social; racionar e agir de forma crítica na interpretação de dados, na identificação da natureza dos problemas e na resolução destes; contribuir para a promoção da saúde, prevenção das doenças e a reabilitação dos incapacitados, levando em conta as condições socioeconômicas e culturais da comunidade; exercer a profissão de forma ética, capacitar-se continuamente e exercer a medicina da família e comunidade. O perfil do egresso visa formar o profissional médico com sólidos conhecimentos técnico/científicos fundados sobre as bases humanistas; postura ética,

consciência e responsabilidade social e compromisso com a cidadania; com capacidade para atuar frente às doenças mais prevalentes, utilizando, com propriedade, exames complementares; com capacidade de atuação em equipe multiprofissional; com capacidade para atuar em pesquisas com vistas ao desenvolvimento da própria capacidade de aprender a aprender. O currículo do curso de medicina da UFGD e seu PP ainda sofrem grande influência das metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem. Diferente do preconizado pelas DCNS, nas quais, os currículos em saúde juntamente com o PP deve ser um processo, uma práxis em que ocorrem múltiplas transformações que lhe dão sentido, valor e significado particular; sendo uma construção histórico-social. Considerações Finais: As DCNAS são um grande avanço para que as instituições de ensino, no qual desperta à mudança no processo de ensino e aprendizagem, que não mais era viável frente a todas as transformações sofridas pela sociedade. O método antigo de ensino e aprendizagem que perpetuou por décadas começa a mostrar fragilidades necessitando ser repensado. Em se tratando dos currículos em saúde no Brasil tivemos fortes influências do modelo norte-americano que se caracterizava pela prática fundamentada no hospital-escola, currículo com fragmentação do conhecimento em função de processo de especialização, metodologias de ensino tradicionais e centradas no professor e na doença e não no indivíduo como um ser integrado na sua singularidade social. Frente a todas essas reflexões surge a necessidade de repensar a forma de se fazer educação no país, reformulando os PP e estruturando o currículo em saúde, embasados pelas DCNS, que orientam a prática em saúde através de um currículo moderno e integrado que define um plano pedagógico com uma organização institucional articulando

trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. A formação deve ultrapassar a lógica disciplinar com base nos referenciais de interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e metadisciplinaridade; incentivando a discussão compostas por pessoas livres, capazes de atuar como sujeitos, perante o saber que constroem seres capazes de comunicar esse saber, de forma que sua responsabilidade perante a sociedade seja sempre presente e atuante.

REFLEXÕES SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERVIÇO EM SAÚDE NA ACADEMIA

Cristiane Trivisoli da Silva, Marlene Gomes Terra, Janice Sarubbi de Moares, Keity Lais Soccol, Amanda Mello, Mariane Xavier, Valquíria Toledo Souto

Palavras-chave: Integração ensino serviço, Formação acadêmica, Sistema único de Saúde

APRESENTAÇÃO: a integração entre o ensino e os serviços de saúde apresenta-se como uma estratégia para qualificação da assistência em saúde. Para isso, foram definidas diretrizes a fim de desencadear o processo de integração da formação com os diferentes cenários de produção de cuidados à saúde, tais como: as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a reformulação de Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde, o Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), entre outros (DCN). Em destaque na formação acadêmica, temos o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde, que foram implantados a partir de 2006. Estes

programas objetivam promover mudanças na formação na área da saúde, tendo em vista a integração educação e do trabalho na saúde, a fim de fortalecer a integração ensino-serviço. Porém, a discussão em torno da integração ensino-serviço em saúde na academia ainda é insipiente, pois está atrelada às possibilidades de aperfeiçoamento dos modelos de formação profissional articulada à realidade social, em consonância com a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A inter-relação entre a formação teórica do SUS e a realidade vivenciada no contexto dos sistemas e serviços públicos de saúde, evidencia um descompasso o qual é agravado pelos modelos de formação, de gestão e de atenção em saúde hegemônicos que perpetuam no cenário acadêmico. Dentre estes descompassos, está o distanciamento das instituições de ensino com as instituições de serviços de saúde, fortalecendo o desencontro do diálogo para superação desta dicotomia. Para isso, salienta-se o papel da integração ensino e serviço que vem recebendo maior destaque na formação acadêmica e nos cenários das pesquisas em saúde. Esta integração não é apenas entre o serviço e a academia, mas também refere-se à integração da pesquisa e do ensino com as necessidades reais dos cenários de saúde. A articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde pode se constituir em uma estratégia pedagógica para qualificar a assistência em saúde. Embora se reconheça que a pesquisa está vinculada à academia e a assistência aos serviços de saúde, essa dicotomia faz com que haja um modelo de formação dissociado, gerando um distanciamento entre a formação e as diversas modalidades de práticas que se materializam nos serviços. Nesse sentido, nosso estudo foi proposto na tentativa de buscar investigar essas problemáticas que envolvem o desafio da integração entre a formação

e a qualificação do SUS, em especial da academia, dos serviços com a pesquisa. Em especial, quando são consideradas as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, que exigem das instituições de ensino superior, uma formação comprometida com os princípios do SUS. Desenvolvimento do trabalho: a fim de fomentar novos estudos acerca desta temática, apresentamos como proposta de pesquisa o projeto “a produção acadêmica de enfermagem: possibilidade para integração ensino-serviço em saúde” que encontra-se em fase de implementação. Este estudo tem o objetivo de analisar como a produção acadêmica de enfermagem pode subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço, na perspectiva dos estudantes da graduação. E é norteado pela seguinte questão de pesquisa: a produção acadêmica de enfermagem subsidia o planejamento e desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço? Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória a qual foi realizada em um Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde de uma universidade do interior do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semi estruturadas através de um instrumento para enunciação dos dados de identificação dos participantes da pesquisa, com questões orientadoras que convergiam com o objetivo da pesquisa.

REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS, DE ACESSO E USO DO PRESERVATIVO MASCULINO POR ADOLESCENTES E JOVENS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE-MS

Léia Conche Conche da Cunha, Maria Celina Recena, Mara Lisiane dos Santos

Palavras-chave: preservativo, adolescente

APRESENTAÇÃO: Este resumo relata uma pesquisa que buscou conhecer as práticas sexuais e de acesso e uso do preservativo masculino por adolescentes e jovens de uma escola pública de Campo Grande/MS, com o objetivo de fornecer subsídios para ações educativas em relação à abordagem de educação sexual nas escolas, bem como de identificar e avaliar as estratégias de acesso ao preservativo por adolescentes e jovens. Constituiu parte da dissertação de mestrado de uma das autoras, apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Fiocruz – Mato Grosso do Sul. Foi pautada pelas questões éticas da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos. Observa-se nos últimos anos aumento do número de pessoas infectadas com o vírus do HIV na faixa etária de 13 a 19 anos no Brasil. Outro alerta é que mesmo adolescentes e jovens tendo elevado conhecimento sobre as formas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, ainda verifica-se tendência de crescimento do HIV entre eles. Outra preocupação está relacionada ao número de gravidez na adolescência que em algumas regiões do município de Campo Grande ultrapassam a 30% das gestações registradas pelo sistema único de saúde (SUS). O preservativo apresenta-se neste contexto como a tecnologia mais segura na prevenção das IST e também para prevenir a gravidez indesejável. Sendo assim, o estímulo, a oferta e o acesso aos métodos de prevenção são demanda prioritária da atenção básica para a garantia da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, conforme os princípios e diretrizes do atendimento ao público em questão. DESENVOLVIMENTO: A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2014, com aplicação de um questionário,

respondido por 63 alunos, com idade entre 14 e 23 anos de idade, referente às características sócio-demográfica, práticas sexuais, acesso e uso do preservativo masculino. Passou por análise estatística, utilizando-se o programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%. Resultados: De forma geral, a maior parte dos alunos entrevistados era do sexo feminino (79,4% - n=50), tinha entre 14 e 19 anos (84,1% - n=53), estava solteiro ou namorando (87,3% - n=55), cursava o 2º ou o 3º ano do ensino médio (69,8% - n=44), estudava no período matutino ou noturno (87,3% - n=55), era de etnia parda (65,1% - n=41), era evangélico (58,7% - n=37), apresentava renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (65,1% - n=41), não trabalhavam (69,8% - n=44) e moravam com os pais (mãe: 74,6%; pai: 50,8% - n=32) ou irmãos (65,1% - n=41). Com relação às práticas sexuais, acesso e uso do preservativo masculino e passaram pela análise estatística, identificou-se que 52,4% (n=33) dos participantes, ainda não tinham iniciado a vida sexual e os demais 47,6% (n=30), sim. Destes, 33,3% (10) usavam camisinha em todas as relações sexuais; 40% (n=12) usavam mais da metade das vezes que tinha relações; 6,7% (n=2) em menos da metade das vezes; e 20% (n=6) nunca usavam. Nesse grupo, os motivos mais citados para não usar camisinha foram: não ter dinheiro para comprar (93,3% - n=28); a parceira ou a respondente usar anticoncepcional (36,7% - n=11); e não ter camisinha na hora "H" (n=33,3% - n=10). 57,1% (n=36) dos adolescentes e jovens receberam orientação sobre o uso adequado do preservativo e 41,3% (n=26) não receberam nenhuma informação. Ainda, 46% (n=29) disseram que sabiam colocar corretamente a camisinha masculina, enquanto que 38,1% (n=24) relataram não saber ou tinham dúvidas em colocar a camisinha. Em relação às atitudes

tomadas pelos adolescentes e jovens ao precisar de preservativo, as mais relatadas foram: compro na farmácia (55,6%, n=35); pego no posto de saúde (22,2%, n=14); e pego com um amigo (9,5%, n=6). A maioria dos alunos acha importante facilitar o acesso da camisinha aos adolescentes e jovens (93,7%, n=59), porém, boa parte deles respondeu que não recebeu ou pegou preservativos na unidade básica da saúde da família (UBSF), nos últimos 12 meses (69,8%, n=44) e 93,7% dos entrevistados acham importante o acesso ao preservativo para adolescentes e jovens. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os dados mostram que a maioria dos adolescentes e jovens não se previne adequadamente das infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada. Muitos apresentam dúvidas em relação à colocação do preservativo masculino e em geral o adquirem em farmácias e, portanto, dependem de recursos para tal, não buscando nas UBSF que tem distribuição gratuita, mesmo tendo conhecimento da disponibilidade do insumo de prevenção nas unidades básicas de saúde. Verificou-se ainda que os adolescentes banalizam a transmissão de IST, apresentam dúvidas relacionadas a colocação adequado do preservativo e dificuldade de acesso ao insumo de prevenção. Fato que promove a manutenção das estratégias existentes de acesso ao preservativo, bem como de atitudes resistentes às novas tecnologias e às estratégias simples de acesso. Sendo assim, o cenário, aponta para a importância de desenvolver e fortalecer projetos de educação sexual que promovam reflexões e informações claras e atualizadas sobre o risco de IST, transmissão vertical, métodos de prevenção e contracepção e sua eficácia, dentre outras. Essas discussões são legítimas e asseguradas pela Lei de Planejamento Familiar. Mesmo que o atendimento para adolescentes não seja abordado de forma específica, deve prevalecer o caráter

universal da lei, assegurando acesso ao serviço, aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar, garantindo a escolha dos indivíduos dessa faixa etária. Embora o estudo tenha sido centrado em uma escola, pode indicar reflexões e instigar novas pesquisas que contribuam para ações educativas no campo da sexualidade. Espera-se que tais reflexões possam auxiliar os adolescentes e jovens a tomar suas decisões com responsabilidade e adequado esclarecimento. Finalmente, conhecimento e esclarecimento, nem sempre são suficientes na garantia do acesso ao preservativo. Portanto, torna-se fundamental a ampliação de estratégias e espaços que facilitem a promoção do acesso ao preservativo por adolescentes e jovens com menor constrangimento em prol do sexo seguro e responsável.

RELATO DE CASO CLÍNICO: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM HANSENÍASE

Nádia da Costa Sousa, Gabriele Pedrosa Vasconcelos, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Hanseníase, Diagnósticos, Sistematização da Assistência de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, ainda considerada um problema mundial de saúde pública, se caracterizando por apresentar lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente os da face, membros superiores e inferiores, podendo comprometer também articulações, gânglios, olhos, testículos e outros órgãos. Tem como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae*, que ao ser eliminado para o meio exterior por uma pessoa doente sem tratamento, pode

infectar outras pessoas suscetíveis por meio das vias aéreas superiores. A maneira mais eficaz de prevenir o aumento de casos novos é o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos existentes, assim como a detecção dos contactantes que ficam susceptíveis à doença devido ao contato prolongado e íntimo com os casos existentes. Atualmente, a Poliquimioterapia (PQT) instituída garante a cura dos pacientes, que diagnosticados precocemente não evoluem para incapacidades graves. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é importante para o cuidado e tratamento adequado, que se dá através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, seguido do planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. METODO: O trabalho tem como objetivo sugerir a implementação da SAE para um homem com diagnóstico de hanseníase, que não realiza o tratamento e não recebe acompanhamento da equipe de saúde. Os dados (entrevista, anamnese, exame físico) para o levantamento do caso clínico foram coletados por acadêmicos de enfermagem durante a aula prática da disciplina de Endemias da Amazônia no município de Santarém no Estado do Pará. Após avaliação clínica, elaborou-se um plano de cuidados individualizado conforme a Nursing Intervention Classification (NIC) sugeridas para os diagnósticos de enfermagem para o caso específico. RESULTADOS: O entrevistado cujo codinome definimos L.C.S., 38 anos, pardo, brasileiro, solteiro, alcoólatra, ensino fundamental incompleto, carpinteiro, mas está desempregado à dois anos, reside na Trav. Resistência, bairro do São Cristóvão, no município de Santarém/PA, em casa de alvenaria com seis cômodos, localizada em uma rua pavimentada, com saneamento básico inadequado e pouca infraestrutura: o esgoto é à céu aberto e com presença de um depósito público de lixo ao lado de seu terreno, existem vários gatos que

ficam próximo a sua residência. A água utilizada pela família é proveniente da rede pública. L.C.S. vive com a mãe, que é hipertensa e participante do Grupão da UBS do seu bairro. A renda familiar mensal é de um salário mínimo. L.C.S. queixa-se de artralgias frequentes nos membros na hora do repouso, presença de diversas lesões com perda de sensibilidade nos pés, o hálux do pé esquerdo foi amputado em consequência das lesões, possui ressecamento evidente da pele. L.C.S. é dependente de álcool o que o impossibilita de aderir ao tratamento, por conta disso não faz uso de nenhuma medicação. A área de residência de L.C.S. é coberta pela a equipe de Estratégia da família, porém o paciente não aceita visita. De acordo com a análise do caso clínico elencou-se seis diagnósticos e possíveis ações de enfermagem: Diagnóstico 01: Risco de contaminação por doenças infecciosas (hepatite A, leptospirose, dengue) relacionadas à presença de um acúmulo de lixo ao lado da residência, identificado após a observação de uma lixeira pública nas proximidades da residência, para que este problema seja amenizado propõe-se que a equipe de saúde realize junto a população ações educativas e de conscientização para a coleta seletiva do lixo, assim como a mudança da lixeira para outro ponto mais distante da residência do paciente. Diagnóstico 02: Risco de doenças intestinais (cólera, amebíase, giardíase, ascaridíase) relacionada à utilização de água para o consumo sem o devido tratamento, uma vez que a água utilizada pela família de L.C.S. não obtém tratamento adequado, para o qual foi determinado ao enfermeiro demonstrar por meio de analogias a quantidade de microorganismos que podem estar presentes em água contaminada expondo a necessidade de se utilizar cloro ou filtro na água antes do consumo. Além da importância de se lavar regularmente os depósitos de água, uma vez que estes podem

acumular sujidades; Diagnóstico 03: Risco de transmissão da infecção para os contatos intradomiciliares relacionada a não adesão ao tratamento pelo paciente, a hanseníase é uma doença transmissível, o risco está ligado ao contato por pessoas com formas contagiantes multibacilares que não estão em tratamento, para diminuir o risco cabe a enfermagem o deve de explicar ao paciente a importância da adesão ao tratamento expondo as formas de contaminação da doença e explicitando a necessidade de uma higienização satisfatória para que as chances de contaminação seja diminuída. Diagnóstico 04: Risco de deterioração da cartilagem em MMSS e MMII relacionada a pouca lubrificação das articulações evidenciadas por artralgias o qual a principal medida de prevenção está justamente na detecção e tratamento precoce da doença, diagnosticando o paciente na forma inicial, quando o tratamento é feito em um tempo menor e com menor probabilidade de complicações reacionais. Diagnóstico 05: Diminuição ou ausência de sensibilidade em mãos e pés, em virtude de que a piora da sensibilidade de mãos e pés é uma das características marcantes dos agravos da doença, para isso foi determinado ao enfermeiro fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor monitorando o aparecimento de fontes de pressão e atrito além de cor e temperatura da pele. Diagnóstico 06: Ressecamento tissular nos membros superiores e membros inferiores, com risco de integridade da pele prejudicada devido desidratação e MMSS e MMII, sendo necessário o encorajamento para ingestão adequada de água a fim de garantir uma ótima hidratação e lubrificação da pele monitorando-a e documentando mudanças na pele e mucosas. Através da entrevista verificou-se a falta de informação referente ao diagnóstico, manifestações clínicas e tratamento da hanseníase, fazendo-se necessárias a implementação

e fortalecimento de ações educativas para amenizar o estigma, o medo, o preconceito e consequentemente exclusão social do paciente, ressaltamos ainda a ausência das visitas domiciliares da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família-ESF, uma vez que o paciente é alcoólatra e representa para a comunidade uma fonte de contaminação, pois não realiza tratamento para hanseníase. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por meio deste trabalho observou-se a importância do acompanhamento dos casos de hanseníase pela a equipe de profissionais da ESF, uma vez que, por meio desta, é possível realizar o levantamento das reais necessidades do paciente assim como sistematizar a assistência de enfermagem para uma melhor qualidade dos cuidados. É primordial também que a equipe de saúde se conscientize do seu papel como educador objetivando um serviço de qualidade para a comunidade e minimizando os riscos de contaminação de diversas doenças.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AIDS ENTRE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Jéssica Freire Rangel, Patricia Alencar Dutra, Anna Jessyca Andrade Lacerda, Priscila de Vasconcelos Monteiro, Maria Lucia Duarte Pereira, Ana Caroline Lima Vasconcelos

Palavras-chave: AIDS, adolescentes, representação social

APRESENTAÇÃO: As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e a AIDS são problemas que deram destaque aos adolescentes no campo da saúde. A adolescência é uma fase da vida, em geral, saudável e o exercício da sexualidade é frequentemente se inicia nesta idade tem tido consequências para as quais é necessário um olhar mais cuidadoso (TAQUETTE et al, 2011). As representações sociais (RS) fornecem elementos de

caracterização de como grupos de pessoas pensam e agem diante de um fenômeno. Reconhecer os elementos que constituem das representações a respeito da AIDS fornece pistas sobre as cognições que se relacionam com os comportamentos perante a doença (NATIVIDADE, CAMARGO, 2011). Entende-se nesse sentido que o adolescente atribui ao HIV/AIDS posturas de maior ou menor autocuidado na saúde ou de adesão às práticas de prevenção. Logo o objetivo do presente estudo é identificar as RS da AIDS entre estudantes ensino médio de uma escola pública. Desenvolvimento do estudo: Participaram da pesquisa 84 estudantes do ensino médio de uma escola pública da região nordeste do Brasil, com idades entre 13 e 22 anos, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de associação livre de palavras (TALP) antes (pré-teste) e depois (pós-teste) das intervenções, sendo utilizado o estímulo indutor "AIDS". As ações abordaram temas relacionados à AIDS, como se pega e como se protege contra ela; sobre os outros tipos de DST's; ciclo menstrual; preservativos e métodos. Os dados do questionário com o teste de associação livre de palavras foram organizados em um banco de dados e processados no software Ensemble de programm permettant l'analyse de sévocations (EVOC) para a obtenção do quadro de quatro casas e identificação dos elementos estruturais da representação social (VERGÈS, 1999). Após obtenção de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (Protocolo nº 1.050.064/2015), contatou-se a escola, solicitou-se autorização para os pais dos menores de 18 anos de idade e agendaram-se os momentos de coleta de dados com todos aqueles que consentiram participar. Resultados e/ou Impactos O intuito de pedir que os participantes preenchessem o

talp antes da intervenção foi entender qual termo introdutor a AIDS vem à mente deles de acordo com seu conhecimento prévio. No quadro de quatro casas resultante do pré-teste, observou-se os termos 'doença', 136 vezes, e "sexo", 71 vezes, no quadrante superior esquerdo, compondo o núcleo central da representação por terem maior importância atribuída e uma frequência mais elevada. O ponto de corte definido foi uma frequência alta e Rang menor que 2,5. Na primeira periferia ou quadrante superior direito, encontraram-se os termos "morte", 52 vezes, "camisinha", 33 vezes e "medo" 26 vezes. Os termos que a compõem se organizam ao redor do núcleo central, pois guardam relação com os elementos "doença" e "sexo". Na segunda periferia ou quadrante inferior esquerdo, a única palavra foi "doenças" com uma frequência de oito vezes. Por fim, no quadrante inferior direito, os elementos de contraste são aqueles com menor frequência e rang elevado. As palavras mais repetidas foram "cura", 9 vezes; e "depressão", "descuido", "sangue" e "transmissão", 8 vezes cada uma. A seguir, foram realizadas as intervenções e optou-se em retornar a escola para aplicar o talp como um pós-teste. O intuito de pedir que os participantes preenchessem o talp depois da intervenção foi identificar o conhecimento adquirido por eles a partir do conteúdo abordado. Com isso, obtemos no núcleo central do pós-teste as palavras 'doença', 'doenças' e 'sexo'. Já no quadrante superior direito, a palavra de maior frequência foi 'morte', 29 vezes. No quadrante inferior esquerdo a palavra 'DST' 9 vezes; e no quadrante inferior direito as palavras "cuidados" e "medo" 8 vezes cada uma. Ao que foi percebido nos núcleos centrais de ambos os testes, a palavra 'doença' e 'sexo' no pré-teste, relacionada aquela com a AIDS e está com uma das formas de transmissão da AIDS. No pós-teste foi incluído a palavra 'doenças', relacionando a AIDS ao

aparecimento das doenças oportunistas em detrimento do sistema imunológico e de práticas não saudáveis. As palavras 'doença' e 'doenças' não foram homogêneas por apresentarem contextos diferenciados. Na primeira periferia, observou-se que as palavras tiveram uma semelhança, pois o pré-teste apresentou as palavras 'morte', 'camisinha' e "medo"; e o pós-teste apresentou como palavra morte com a maior frequência. Entende-se que a 'morte' é a palavra de maior frequência por ainda ser considerada como a principal consequência esperada pela AIDS, não desaparecendo após as intervenções educativas. O "medo" mostra o que os jovens ainda sentem em relação à doença, evidenciando a presença de sentimento negativo pela doença, mas ficando evidente que após as intervenções administradas na escola a palavra sumiu do quadro do pós-teste, diminuindo esse sentimento. A 'camisinha' aparece no pré-teste por ser conhecida pelos jovens como a principal forma de evitar a doença. Na segunda periferia, o pré-teste pôde apresentar apenas a palavra 'doenças', sendo mostrado o agravante de que foi uma palavra pouco lembrada ou influente diante dos jovens antes das intervenções. Percebeu-se que esta palavra tornou-se núcleo central do pós-teste. Já no pós-teste, apareceu apenas à sigla DST, por associar essa palavra a AIDS como uma doença sexualmente transmissível (DST) e a relacioná-la também com o aparecimento das outras doenças transmitidas sexualmente. Os elementos de contraste encontrados não obtiveram relação, por todas as palavras serem diferenciadas. No pré-teste, pode-se relacionar que "cura" teve maior frequência pela presença de sentimento positivo pela doença e pelos jovens acharem que a doença pode ser curada, porém essas respostas estão de acordo com não vivenciadas intervenções. A "depressão" aparece como um fator agravante e limitante para

as pessoas que vivem com a doença e/ou que não aceitam sua condição. A palavra 'sangue' é conhecida por ser a principal via de transmissão da doença; e a 'transmissão' abrange como a doença chega à pessoa. O pós-teste traz como caracterização as palavras "cuidados" e "medo", estas podem demonstrar que a partir das intervenções os jovens aprenderam que existe a necessidade de cuidados para não contrair a doença e em relação à doença propriamente dita, mas ainda existe a presença do medo diante das ações relacionadas a adquirir a enfermidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adolescência é um período que se concentra a maioria dos casos de DST's e é nela que se deve propiciar a maior quantidade possível de informações a respeito do tema (THEOBALD et al, 2012). Portanto, é uma fase de transição que necessita de uma atenção especializada principalmente ao que se refere à saúde sexual e reprodutiva. No que se refere aos conhecimentos gerais relacionados às DST's, podemos observar que esse tema não é totalmente desconhecido pelos adolescentes deste estudo. Contudo o conhecimento e desconhecimento se mesclam nas questões analisadas. Diante disso, é possível observar a importância da aproximação do profissional de saúde em locais de presença significativa de adolescentes, para assim, ajudá-los e instruí-los em certas situações como a vítima de violência sexual. Portanto, as intervenções implementadas, além de terem trazido ganhos nos conhecimentos e atitudes dos jovens sobre DST/HIV/aids, apontaram fragilidades que precisam ser mais bem manejadas, com intervenções mais duradouras e focadas em suas necessidades.

RISCOS ASSOCIADOS A QUEDA DE IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Caroliny Oviedo Fernandes, Adrielly Brites Mascarenhas, Ariza Barbosa do Nascimento, Bruna Barbosa Maguin Morilo, Liz Andrea Pretto, Paula Peixoto Canuto, Patrícia de Souza Brandão, Maria da Graça da Silva

Palavras-chave: acidentes por quedas, idoso, enfermagem

INTRODUÇÃO: Nos últimos 50 anos a população brasileira quase triplicou e esse crescimento populacional veio acompanhado também do aumento do número de idosos. Em 2010 a população idosa passou a representar 10,8% da população nacional, sendo um total de 20,5 milhões. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (1). O Brasil em 2025 ocupará o sexto lugar em número de idosos, totalizando cerca de 32 milhões representando um aumento de 15 vezes dessa população, enquanto que a população geral crescerá apenas cinco vezes nesse mesmo período (2). Diante dessas expectativas se faz relevantes estudos de quedas em idosos por acarretar problemas clínicos e de saúde pública devido à alta incidência, às complicações e aos elevados custos assistenciais, sendo que cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos são vítimas de quedas pelo menos uma vez ao ano (3). Além de repercutir nos cuidadores familiares que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda. As possíveis causas dessas quedas são divididas em fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. De modo geral, os fatores intrínsecos compreendem as alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como as condições

patológicas e as reações ao uso de fármacos. E os fatores extrínsecos, englobam os perigos ambientais e as situações sociais de risco. (4,6) Com isso o objetivo desse trabalho é identificar os principais fatores de risco que corroboram para a ocorrência de quedas em idosos a partir da pesquisa em bases de dados on-line nos últimos cinco anos. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com os artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde a partir dos descritores: acidentes por quedas, idoso, enfermagem. A amostra final constituiu-se de sete trabalhos completos publicados entre os anos de 2010 e 2014, no idioma português. Também se fez uso da técnica de análise temática de conteúdo, identificando cinco temas principais, e a partir disso, os dados foram analisados, segundo os seus conteúdos, pela estatística descritiva, utilizando frequência simples e percentual. **RESULTADOS:** Os acidentes por quedas são, de maneira geral, episódios multifatoriais, os quais envolvem: 1) Riscos relativos ao perfil dos idosos, 2) Riscos relacionados aos fatores extrínsecos, 3) Riscos relacionados às alterações fisiológicas, 4) Fatores cognitivos e 5) Fatores medicamentosos. Seis artigos apontaram que a idade dos idosos que apresentam maior incidência está entre 65 e 79 anos, dado apontado por seis estudos (85,7%) devido às alterações fisiológicas do envelhecimento. Além disso, as quedas ocorrem mais no sexo feminino devido a crescente maior desta população quando comparada ao sexo masculino e, provavelmente, por um maior índice de mortalidade no sexo masculino e maior expectativa de vida na população feminina. A baixa renda per capita, identificada por três estudos (42,8%), aumenta o risco de queda devido a relação com a baixa escolaridade que juntamente com as implicações do envelhecimento, dificulta a compreensão e seguimento das orientações

(4,6,9-12). Nos fatores extrínsecos cinco publicações (71,42%) destacam as quedas em idosos devido a maior permanência em casa, muitas vezes sem um cuidador (5,6,9,10,12). Somente um estudo afirmou que a prevalência de quedas foi evidenciada no ambiente exterior da residência considerando vias públicas, calçadas e quintais por conta das atividades rotineiras e independentes que alguns idosos praticam (4). Seis artigos (85,71%) descrevem a prevalência de quedas em idosos em suas próprias residências, destacando-se principalmente por rampas, degraus, escadas, tapetes, móveis e objetos pontiagudos (4-6,9,10,12). Três artigos (42,85%) apontam que os locais que proporcionavam maior risco de quedas foram respectivamente: a cozinha, quarto, banheiro, corredor e quintal, relacionados a frequência de quedas em mulheres por exercerem atividades domésticas, principalmente na cozinha. Ainda sobre os fatores extrínsecos o banheiro se destaca por propiciar quedas pela falta de corrimãos ou barras de segurança, presença de pisos inadequados, escorregadios e ausência de tapetes antiderrapantes. Com relação ao corredor, os artigos referenciam que por ser uma passagem que interliga os cômodos, a má iluminação e a ausência de corrimãos propiciam o risco de quedas nesse espaço. Já o espaço externo, que seria o quintal, é considerado como risco iminente de quedas devido à presença de batentes, degraus, escadas e pisos escorregadios (4,6,10). O processo de envelhecimento vem acompanhado de alterações fisiológicas que limitam as funções do organismo, se tornando risco para queda associado aos fatores intrínsecos, sendo citado por seis artigos (85,7%)(4,5,9-12). A osteoporose tem forte relação com quedas, fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo, pois estes apresentam alteração postural, distúrbio da

marcha e desequilíbrio corporal. Com o avanço da idade, há diminuição da visão e perda parcial da audição, esses fatores foram citados por cinco estudos (71,4%) como risco para queda, pois a visão e a audição são fontes importantes para captação de informações ao nosso redor e na condução dos movimentos do corpo (4,5,10-12) Na mesma proporção anterior também foi evidenciada a diminuição da força muscular e disfunção do aparelho locomotor pela interferência no equilíbrio e instabilidade da locomoção e marcha(4,5,9-12). O envelhecimento possibilita a existência de uma gama de fatores, que por sua vez, podem aumentar o risco de quedas tais como depressão e declínio cognitivo (4,5,9,12). Verificou-se a importância de uma avaliação cognitiva realizada pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo enfermeiro (4,9). Dificuldades com a memória são queixas frequentes no atendimento ao idoso. A manutenção de uma memória adequada é vital no envelhecimento visto que está relacionada à autonomia e independência. Os transtornos de humor, ansiedade e isolamento social comprometem a saúde favorecendo o declínio cognitivo consequentemente aumentando o risco de quedas (4,5,9). O envelhecimento é gradual e inerente ao ser humano, sendo cada vez mais relevante diante de suas peculiaridades. Ligado ao processo de envelhecimento, está o controle de doenças, muitas vezes conseguido por meio do emprego regular de medicação (13) . O uso contínuo de medicamentos foi citado como fator de risco por cinco artigos pesquisados (4,8-12). Verificou-se que os idosos vítimas de quedas usavam maior quantidade de medicações concomitantes, principalmente nos casos de polifarmácia, potencializando os riscos de efeitos adversos e interações medicamentosas (4,10,12). Assim, pode haver o aumento da fragilidade do idoso e a

predisposição a esses acidentes (13). As medicações específicas destacadas foram: os anti-hipertensivos (42,8%), seguido pelos psicotrópicos (28,7%). Também foram citados os hipoglicemiantes, antidepressivos, diuréticos, anti-inflamatórios não-esteroidais, analgésicos, digitálicos, tópicos oculares e antiparkinsonianos. Neste sentido, drogas que alteram a atenção, respostas motoras e pressão arterial merecem maior atenção (4,9-12). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As publicações estudadas trazem contribuições significativas ao conhecimento produzido na área de enfermagem, haja visto que identificar os fatores de risco de queda em idosos é o primeiro passo na busca por soluções. Também se salienta a total utilização de dados quantitativos após as intercorrências de quedas, e o fato de que não houve estudos com enfoque na prevenção das quedas. Frente às lacunas apontadas, fica evidente a necessidade de estudos qualitativos com enfoque na prevenção desses agravos, uma vez que são fundamentais para que o enfermeiro tenha uma visão crítico-reflexiva. Observou-se que, sempre há a soma de diversos fatores que envolvem os acidentes por quedas em idosos, por isso, efetuar um cuidado de qualidade pautado em referenciais teórico-metodológicos é de suma importância.

SABERES POPULARES EM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Andréa Leite de Alencar, Noyana Latoya Campos Soares, Ana Beatriz da Silva Pedroso, Liliane Cristina Silva Felix, Nayara Linco Simoes, Edileuza Felix de Souza, Simone Aguiar da Silva Figueira, André Augusto Ramos Pinheiro Lemos

Palavras-chave: saberes populares, prevenção em diabetes, educação em saúde

INTRODUÇÃO: O Diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada por um transtorno metabólico e hiperglicêmico, resultante de defeitos da secreção e/ou ação da insulina no qual envolve processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, entre outros. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado. Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia: Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual, aquela realizada a qualquer hora do dia independentemente do horário, maior que 200 mg/dL; glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL e glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose maior que 200 mg/dL. O pré-diabetes é o estado em que o indivíduo apresenta valores de glicemia de jejum alterada, ou seja, os valores são menores que o valor estabelecido para classificar como diabetes mellitus, porém superiores quando comparados ao valor de referência normal. Reconhecendo a importância da detecção precoce dos fatores de riscos que podem desencadear o diabetes mellitus, o presente estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento prévio sobre o diabetes entre os moradores de um bairro localizado na periferia da cidade de Santarém/PA, além de traçar o perfil socioeconômico e glicêmico, no momento da ação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo e descritivo. Para a elaboração do estudo, foi realizada uma ação em saúde no dia 29 de agosto de 2014 pelos acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem da Universidade

do Estado do Pará, juntamente com a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do bairro. Na ocasião, foi feita a aferição da Pressão Arterial, do Índice de Massa Corporal-IMC e da glicemia capilar dos entrevistados, além da realização de palestras e distribuição de cartilhas nas quais discorriam sobre a prevenção e o cuidado com o diabetes. Após as palestras, aplicou-se um questionário estruturado com 15 perguntas fechadas relacionadas a dados demográficos e socioeconômicos como idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, também quanto ao conhecimento sobre o diabetes, o que fazer para evitá-lo e como tratá-lo, ao uso dos serviços de saúde e consumo de medicamentos caso fossem diabéticos. Responderam aos questionários 41 pessoas a partir dos 18 anos de idade, todas moradoras do bairro onde a ação foi realizada. Resultados: Das 41 (100%) pessoas submetidas ao questionário, a idade variou entre 19 a 83 anos, sendo que a maioria, 32 (78,05%), eram adultos e 9 (21,95%) eram idosos. Com relação ao sexo, 30 (73,17%) eram do sexo feminino e apenas 11 (26,83%) eram do sexo masculino. Quanto a escolaridade observou-se que 16 (39,03%) não haviam concluído o Ensino Fundamental, 6 (14,63%) concluíram o Ensino Fundamental, 6 (14,63%) não concluíram o Ensino Médio, 9 (21,95%) possuíam o Ensino Médio, apenas 1 (2,44%) tinha o Ensino Superior e 2 (4,88%) não informaram a sua escolaridade. A glicemia dos entrevistados variou da seguinte forma: 27 (65,86%) pessoas tiveram glicose menor que 100mg/dL, ou seja, a maioria possuía o nível de glicemia sob controle. No entanto, 6 (14,63%) tiveram glicemia maior que 100 e menor/igual a 125mg/dL o que significa que estes indivíduos precisam ter maior cuidado para não evoluir, futuramente, ao diabetes. Por fim, 8 (19,51%) tiveram um resultado igual/maior que 126mg/dL, sendo

que estas pessoas precisam repetir o teste e fazer um acompanhamento médico para ter um diagnóstico definitivo. Quanto às que sabiam o que é diabetes, 28 (68,30%) disseram conhecer a doença e 13 (31,70%) afirmaram não saber o que é diabetes. Apesar da maioria dos entrevistados terem conhecimento sobre o diabetes notou-se que uma parcela significativa ainda desconhece essa patologia. Este dado é um alerta, pois há uma disponibilização de informações bastante ampla em meios de comunicação, unidades de saúde entre outros e por algum motivo não tem chegado essa informação as pessoas. Esta falha pode estar atribuída à prevenção primária, pois é onde principalmente deveriam haver atividades que sensibilizam e informam a população acerca dos problemas de saúde buscando prevenir complicações. Com relação a prevenção do diabetes, 26 (63,41%) responderam que sabiam o que fazer para evitá-lo e 15 (36,59%) responderam que não sabiam, verifica-se assim, que a maioria tem algum conhecimento em relação aos cuidados com o diabetes. Quando questionadas se eram portadoras de doença, 35 (85,37%) pessoas disseram não ter e 6 (14,63%) afirmaram ser portadoras de diabetes. A quantidade de pessoas que relataram ter um acompanhamento com o profissional de saúde foi de 19 (46,30%), e 21 (51,20%) responderam que não faziam nenhum acompanhamento e apenas 1 (2,40%) não respondeu a questão. Esses resultados revelaram que os participantes do estudo realizam algum tipo de acompanhamento que inclui a prevenção e/ou tratamento de saúde, sendo citado pela maioria o exame preventivo do colo uterino e apenas uma pequena parcela relatou ter realizado teste de glicemia como medida para verificar seu estado de saúde. Quando questionados a respeito da frequência com que realizam exames de rotina, 23(56%) revelaram fazer

exames de rotina e 18(44%) disseram não fazer. Quanto ao intervalo de tempo que são realizados o exame verificou-se que a maioria dos entrevistados, 17 (41,50%) não respondeu a questão, 10 (24,40%) pessoas responderam realizar o exame anualmente, 8 (19,60%) disse fazer exames a cada seis meses, a quantidade de pessoas que realizam exames de rotina a cada dois meses é de 2 (4,90%), a cada três meses 2 (4,90%), e 1 (2,40%) disse fazer a cada cinco meses e um (2,40%) disse fazer somente na gravidez. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por ser uma patologia de alta prevalência no mundo com um aumento gradativo das estatísticas e complicações sérias em longo prazo, é necessário que sejam implementadas ações como a educação em saúde principalmente na atenção básica, a fim de prevenir e sensibilizar a população a mudar seus hábitos para que garantam uma melhor qualidade de vida. Diante disso, o enfermeiro possui fundamental importância enquanto educador na atenção primária, uma vez que é o profissional que tem maior contato com os pacientes, pois através de sua arte do cuidar acaba construindo vínculos que ajudam a levar as informações de maneira mais clara e direta.

SAÚDE DO IDOSO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: COMO OCORRE ESSA RELAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR?

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Janete Lima de Castro, Kenio Costa de Lima

Palavras-chave: Recursos humanos, saúde do idoso, projeto pedagógico

Nas três últimas décadas, o processo de transição demográfica vem acontecendo em todo o mundo com um crescimento bastante significativo da população idosa. Ademais, sabe-se que o envelhecimento

populacional está ocorrendo de forma mais acelerada em países emergentes do que em países desenvolvidos, sobretudo, em um contexto de significativa pobreza e desigualdade social. Estima-se que nos próximos trinta anos o número de idosos em todo o território brasileiro será em torno de sessenta e cinco milhões, representando cerca de 25% de toda a população. Com o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do quantitativo de pessoas idosas, nota-se uma forte dependência desse grupo etário às ações e aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005, 70% dessa referida população já dependia totalmente do sistema público de saúde brasileiro. Entretanto, a qualidade da assistência ofertada a essa clientela está aquém das necessidades que esta requer. Tal situação que demonstra a importância de investimentos para enfrentar o fenômeno populacional presente na atualidade e previsto para agravar-se nos próximos anos. Para qualificar a assistência ofertada à população idosa, é preciso, primeiramente, investir na qualificação da força de trabalho presente nos serviços de saúde, sejam de caráter público ou privado, para atuar na perspectiva da promoção do cuidado integral, interdisciplinar e intersetorial. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada em 19 de outubro de 2006, através da Portaria n.º 2.528 GM/MS, aponta diretrizes essenciais para o alcance desses propósitos, incluindo a formação de recursos humanos. Além da PNSPI, o Estatuto do Idoso, publicado em 1º de outubro de 2003, através da Lei nº 10.741, é outra normativa que norteia a construção de ações sociais e de saúde para garantir a proteção das pessoas idosas e aborda a problemática da qualificação de recursos humanos em saúde. O Artigo 22 do citado Estatuto demanda a inserção de conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à desconstrução de preconceitos e à

valorização social dos idosos durante a formação dos profissionais de saúde⁴. Todavia, nos Projetos Pedagógicos (PP) das graduações da área da saúde, ainda é pouco expressivo o ensino do cuidado à saúde do idoso, bem como não há uma oferta significativa de processos de capacitação para qualificar os profissionais que já atuam nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde ingressam no mercado de trabalho com pouco preparo para lidar com as reais necessidades de saúde da população idosa, tornando-se limitados para realizar trabalhos intersetoriais, tais como o desenvolvimento de ações com os profissionais do setor da assistência social. Essa situação torna-se ainda mais grave no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem o papel de reorientar a assistência à saúde na atenção básica e, por conseguinte, nos demais níveis de atenção do SUS. Ademais, de acordo com a PNSPI, cabe à ESF realizar o cuidado integral ao idoso. Nesse sentido, o presente estudo teve o objetivo de analisar os aspectos referentes à saúde do idoso e ao envelhecimento humano abordados na formação dos profissionais de nível superior que atuam na ESF. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa. Para identificar os referidos aspectos, foi realizada uma busca documental dos PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Definiu-se a UFRN como objeto de trabalho desse estudo por ser a Instituição de Ensino Superior (IES) mais antiga do estado do Rio Grande do Norte (RN), realizando a formação de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos há quase sessenta anos. Ademais, há três anos consecutivos a UFRN é considerada a melhor IES do Norte e Nordeste do Brasil, de acordo com os critérios de avaliação do Ministério da Educação, servindo como referência para as demais IES nacionais. Em seguida,

a análise dos documentos foi realizada por meio da técnica da Análise de Conteúdo, utilizando o procedimento da categorização. A busca, bem como a análise documental, ocorreram no mês de agosto de 2015. Por tratar-se de uma pesquisa de caráter documental, ressalta-se que não foi preciso enviar o presente estudo para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Para facilitar a compreensão dos resultados, a análise dos dados foi dividida em duas categorias: 1) desenvolvimento de competências e habilidades profissionais e 2) estrutura curricular. No que se refere à primeira categoria, notou-se que os PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN estão em consonância com as competências e habilidades gerais previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), almejando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva aos seus alunos. Tal formação possibilita que os egressos e futuros profissionais atuem de forma integral em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Entretanto, nas três graduações não está previsto o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para atuar frente às necessidades de saúde da população idosa, sobretudo, no que se refere à atuação profissional que propicie o desenvolvimento da autonomia, do protagonismo e da independência do ser que envelhece. Quanto à segunda categoria, notou-se que não há nenhum conteúdo curricular específico referente à saúde do idoso e aos cuidados geriátricos nas referidas graduações. Como nos PP dos cursos analisados não está previsto o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para atuar no cuidado integral à saúde do idoso, acredita-

se que essa ausência seja a justificativa para não haver conteúdos específicos que possibilitem tal desenvolvimento. Vale salientar que na graduação em Enfermagem, a saúde do idoso é abordada juntamente com os demais ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adolescente e saúde do adulto) nos componentes “Atenção Básica e Saúde da Família”, “Estágio Supervisionado II: Enfermagem na Atenção Básica e Saúde da Família” e “Enfermagem em Clínica Ampliada”. Todavia, esse tipo de abordagem tende a secundarizar os aspectos sociais, econômicos e subjetivos presentes no processo de saúde e de envelhecimento, caracterizando-se pelo reducionismo do cuidado biomédico e paliativo à saúde do idoso. Com a realização deste estudo, espera-se que seja realizada uma revisão dos PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN, cuja formação dos alunos e futuros profissionais seja voltada para atender às demandas da sociedade e do SUS. Nesse caso, que na formação dos já mencionados profissionais sejam englobados todos os aspectos para suprir as exigências de saúde da população idosa, através de uma metodologia de educação multi, intra e transdisciplinar. Além disso, acredita-se que a presente pesquisa poderá auxiliar também na orientação da formação presente em outras IES com perfil organizacional e institucional semelhante ao da UFRN, ou que estejam inseridas em contextos com perfil demográfico e social semelhante ao do RN e ao do Brasil.

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DURANTE OS PRIMEIROS CONTATOS COM A PRÁTICA PROFISSIONAL: UMA INTERVENÇÃO DIALÓGICA

Natali Portela, Cibele de Moura Sales

Palavras-chave: Estudantes de enfermagem, Saúde mental, Promoção da saúde, Educação em enfermagem

Para muitos jovens, a entrada e a permanência no ensino superior representam uma crise psicossocial. Algumas exigências da vida universitária são potencialmente desencadeadoras de adversidades que podem exercer influência negativa no aspecto emocional. Neste contexto, os graduandos em enfermagem estão entre os que mais apresentam sinais de sofrimento psíquico no enfrentamento de dificuldades relacionadas a atividades acadêmicas (CERCHIARI, 2004). Este aluno é frequentemente colocado em novos contextos na sala de aula, em laboratórios e na prática do estágio, porém nem sempre está amadurecido psicologicamente para as situações enfrentadas, principalmente os do segundo ano, quando normalmente iniciam-se as atividades práticas. Esta fase é potencialmente geradora de conflitos que podem repercutir negativamente não apenas na saúde mental do aluno como também na aprendizagem. Sensações de tensão, ansiedade e insegurança em relação a capacidade em desenvolver procedimentos, lidar com pacientes, familiares, docentes e equipes de trabalho são recorrentes entre estes acadêmicos. O contato com a doença, o sofrimento humano e a morte costumam despertar angústias e questionamentos em relação à escolha profissional. Estes estudantes percebem as limitações de sua atuação e de seus conhecimentos, sendo comum o surgimento de sentimentos de incerteza, decepção e impotência (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Trata-se de momento delicado da graduação que requer atenção e cuidado, haja vista a necessidade de valorização das dimensões éticas e humanísticas da formação. É relevante lembrar ainda que a enfermagem é uma graduação com uma extensa carga de

atividades semanais, onde as queixas relacionadas ao cansaço físico e mental são frequentes. A construção das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Enfermagem foi influenciada pelas conquistas políticas da Reforma Sanitária brasileira e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade, ganha relevância no processo de formação em enfermagem. As Instituições de Ensino Superior (IES) devem estar conscientes de seu papel para a formação integral do enfermeiro, que, segundo as diretrizes, ultrapassa a transmissão de conhecimentos técnicos, abrangendo a necessidade de desenvolvimento sociocultural e psicológico do estudante para que se atinja o perfil profissional desejado. Logo, neste primeiro contato com a prática em enfermagem esse aluno precisa ser acolhido integralmente, e não reduzido apenas a uma feição de sua dimensão humana ou a uma demanda específica, no caso, o seu saber intelectual. As conclusões de estudos sobre as experiências acadêmicas que interferem no equilíbrio psicoemocional do universitário indicam a necessidade da implementação de medidas que busquem a minimização de conflitos que incidem sobre a vida do estudante (BORBA, 1997; JONES e JOHNSTON, 2000; LUCCHESI e BARROS, 2002; KAWAKANE e MIYADAHIRA, 2005; MOSCARITOLLO, 2009; DIAS et al., 2014; e outros). Desse modo, muitas universidades públicas brasileiras possuem algum tipo de assistência psicossocial voltada à comunidade acadêmica, e, desde 2004, somos responsáveis pelo Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) ao corpo discente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Nestes anos de escuta clínica dentro de uma IES, pudemos acompanhar muitos destes conflitos psíquicos junto aos graduandos em enfermagem desencadeados pelo primeiro

contato com a prática profissional. Consideramos o atendimento psicológico a estes estudantes de extrema relevância, contudo, não se trata de atividade curricular inserida no ensino, mas sim de uma oferta de assistência com limitações, que não consegue contemplar a todos. Neste trabalho, buscamos superar algumas limitações do SAP, construindo uma estratégia mais ampla voltada à saúde mental destes universitários. Visamos promover uma reflexão junto a alunos do Curso de Enfermagem sobre as experiências iniciais de contato com a prática, com ênfase na dimensão psicossocial, com o intuito de contribuir para a formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, humanista e mais fortalecido emocionalmente. Trata-se de uma pesquisa de mestrado em andamento, com metodologia participante e interventiva, onde serão produzidos encontros semanais com um grupo fechado de alunos da segunda série do curso de enfermagem da UEMS, com o intuito de formar rodas de conversa a respeito das vivências relacionadas aos primeiros contatos com a prática profissional. Faremos destas rodas momentos propícios à construção de um conhecimento a partir do próprio grupo, e de uma práxis social capaz de transformações. Os caminhos para a melhoria da saúde mental dos alunos de enfermagem serão uma produção coletiva, buscando a não hierarquização do saber especializado da posição de pesquisadora, e em concordância com os referenciais dialógicos que orientam o trabalho. O compartilhamento de experiências e a reflexão crítica da realidade (FREIRE, 1975) geram um caráter terapêutico e pedagógico nestes encontros, com potência a atuar positivamente na saúde mental dos alunos. O papel terapêutico acontece ao falar sobre os sentimentos, pensamentos e atitudes despertados por este período da graduação com colegas que se

encontram em situação comum, em um ambiente confortável, de escuta, seguro e acolhedor, capaz de propiciar a interação uns com os outros e o estabelecimento de vínculos, permitindo identificações interpessoais e promovendo uma reflexão subjetiva que favorece a elaboração. A dimensão pedagógica está na ação de problematizar as experiências, no diálogo entre sujeitos que se colocam e, ao mesmo tempo, ouvem as falas dos outros que repercutem em cada um, sociabilizando saberes, promovendo uma discussão e reflexão conjunta de possíveis estratégias de superação e com vistas a uma formação mais autônoma. Desta maneira a aprendizagem torna-se um processo dialógico e horizontal, onde aprendemos a partir das relações que estabelecemos com os outros (PICHON-RIVIÈRE, 1998). Nossa experiência de mais de uma década a frente do SAP, em conjunto com a revisão de outros estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior que tiveram como foco a saúde mental do estudante de enfermagem, fazem com que acreditemos que o resultado direto desta estratégia de intervenção em desenvolvimento promoverá uma maior confiança e autonomia nos alunos que estão iniciando o contato com a prática profissional, repercutindo positivamente em seu processo de formação. Além disso, os resultados dessa pesquisa podem ser utilizados para minimizar déficits existentes na relação estudante/instituição; para embasar avaliações e futuras melhorias da estrutura curricular e metodologias de ensino; para contribuir na criação de ações no cotidiano universitário a fim de torná-lo mais produtivo e menos ansiogênico e estressante; e para incitar no graduando de enfermagem uma reflexão sobre seu percurso acadêmico, que o auxilie futuramente nas complexas situações em seu ingresso no mundo do trabalho. Entendemos que um dos objetivos da

graduação em enfermagem é produzir um profissional de saúde capaz de realizar uma assistência que compreenda o usuário de forma integral. Logo, é relevante que este profissional, em seu processo de aprendizagem, vivencie a integralidade em seu cotidiano na universidade, com estratégias pedagógicas que também considerem seus aspectos psicológicos e sociais. Assim, torna-se fundamental que os fatores emocionais ligados à prática assistencial de profissionais de saúde sejam percebidos e cuidados nas ações vinculadas ao ensino, construindo então um ambiente psicologicamente receptivo e acolhedor nas experiências em sala de aula e estágios, atenuando o estresse relacionado ao processo de formação. Esperamos que as conclusões deste trabalho desencadeiem reflexões e discussões entre todos envolvidos no processo de formação do enfermeiro a respeito das múltiplas dimensões que influenciam sua aprendizagem, e que devem ser consideradas, não apenas para que possamos formar um trabalhador de saúde comprometido com os princípios do SUS como preconizam as diretrizes, mas também um profissional realmente humanista, crítico, reflexivo e ético.

SE VOCÊ QUER PRENDER, NÃO É SEGURO: PROBLEMATIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Luana da Silveira, Ana Isabel Pereira Moreira, Carolina Cordeiro Gonçalves, Isabella Bittar, Leniara Barreto, Jéssica Pereira Silva, Patrícia Durans, Vitor Duncan Marinho

Palavras-chave: medida de segurança, internação compulsória, saúde mental, direitos humanos

O presente trabalho possui como objetivos a problematização da aplicação da Medida de Segurança (MS) reduzida à internação, assim como o questionamento sobre a construção do discurso que embasa esse tipo de prática, tendo-se como base a perspectiva foucaultiana, e usando-se como casos analisadores o caso de Almerindo, relatado no documentário *A Casa dos Mortos* (DINIZ, 2009), e o discurso sobre o “louco criminoso” produzido pela psiquiatra no documentário “Crônicas (Des) medidas” (ALVAREZ, 2014). A MS é uma sanção prevista pelo Código Penal Brasileiro para casos em que o autor do delito é considerado doente mental incapaz de entender o caráter ilícito do ato ou determinar suas ações. A partir da criação do Código Penal de 1940, a periculosidade passa a ser o motivo da execução da medida de segurança, como forma de proteger a sociedade daquele que “é perigoso”. Esta medida é prevista no Código Penal Brasileiro para casos em que o autor do delito é considerado “doente mental” e incapaz de entender o caráter ilícito do ato, sendo classificado como inimputável e não passível de pena, substituindo-se a pena pela aplicação da medida de segurança que institui o tratamento obrigatório. Apesar de o tratamento ambulatorial ser uma das determinações possíveis para o cumprimento da medida, na maioria das vezes, é determinado que seja cumprida através da internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Instaurado o incidente de insanidade mental o acusado é encaminhado ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para exame médico-legal, que normalmente acarreta internação compulsória de longo prazo. Nesse aspecto, de acordo com Foucault, o discurso psiquiátrico em matéria penal tende a possuir um caráter muito mais moral que técnico-científico pautando-se em uma visão do louco como um “monstro perigoso”. A presença da periculosidade

ligada à figura do louco faz com que o efeito do delito cometido por este seja potencializado e visto como justificativa para que este seja afastado do convívio social, atribuindo-lhe vários comportamentos “anormais”. Esta problemática também é feita por Canguilhem (1966), que ao contrapor o modo de pensar da medicina de sua época, entendia a “doença” como produtora da perda de funcionalidade individual. Mesmo que esse comportamento “anormal” pudesse estar correlacionado à causa e efeito de um comportamento, por ser singular a cada indivíduo, impossibilitaria a causa do mesmo efeito em todos, tornando ilógica e reducionista a generalização. Segundo dados coletados pelo Senso, em 2011, 63% dos internos no HCTP Heitor Carrilho (RJ) que estavam em MS não deveriam estar internados, assim como ocorre com Almerindo, que pelo delito de lesão corporal leve, em 1981 foi internado no HCTP para realização de laudo psiquiátrico, realizado 6 meses depois, e foi sentenciado a cumprir 2 anos de MS após 3 anos de internação, permanecendo ainda em 2008, ano do documentário. Dessa forma, considerando que Foucault chama de controle da virtualidade, do comportamento que o sujeito pode vir a apresentar, percebe-se que o período das internações passa a ter tempo indeterminado, já que a medida de segurança não atua somente como uma penalidade pelo delito cometido, mas, sobretudo, para o controle e segurança social, e só será extinta quando houver um laudo psiquiátrico, atestando a cessação da periculosidade do interno. A internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico autoras de delitos viola diversos princípios da Constituição, como o da razoabilidade do prazo processual e o da proibição de penas cruéis ou de caráter perpétuo, assim como contraria a Lei nº 10.216. Vale ressaltar que práticas como essas são mantidas por discursos morais que, como aponta Foucault, conseguem

englobar em si as características de serem, ao mesmo tempo discursos de: poder, porque interferem diretamente sobre a vida de alguém; verdade, devido a legitimidade gerada pela figura que os produz e que fazem rir por seu caráter moral e pouco científico. Assim como o discurso produzido pela psiquiatra em questão que revela uma tendência em tratar o paciente por esse “monstro” construído por um misto de: a) aspectos morais, onde se ressaltam questões religiosas como exemplos de seu comportamento “nefasto”; b) um raso conhecimento científico, evidenciado quando se coloca uma autodepreciação e exclusão da sociedade como formas de tratamento; c) ignorância de uma individualidade, verificado quando se afirma que “todos de seu tipo” são iguais e; d) ênfase na impossibilidade de redenção, quando se diz que o paciente não responde ao tratamento e deve ser isolado. É através da criação da figura do “louco perigoso” que a psiquiatria se legitima, passando a subsidiar o poder judiciário, tendo em vista, a sua suposta competência referente à determinação do “grau” ou mesmo da existência de periculosidade ou de sua cessação. Devido ao status atribuído à psiquiatria de saber científico sobre a loucura e ao direito de um saber sobre a conduta legal, quando proferido por um psiquiatra, esse discurso é tomado como científico e quando usado por um juiz é dado como correto. Sendo assim, a aliança destes aparece para sociedade e ganha status de verdade inquestionável. Vale ressaltar que é justamente a produtora desse discurso a responsável por dar o veredito sobre o caso. Casos como esses mostram como a análise de Foucault, 40 anos após suas aulas, é atual e o discurso ainda é perpetuado por alguns profissionais de saúde mental, com efeitos gerados em medidas aplicadas em relação a pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, acreditando-se serem esses a matriz de diversos preconceitos, e que são os

mesmos a base para medidas de isolamento e dificuldades para inclusão, até mesmo na rede substitutiva. Se a medida de segurança frequentemente acarreta internação compulsória e os HCTP's não oferecem efetivamente o tratamento obrigatório instituído por ela, por que não determinar que seja cumprida em tratamento na rede de atenção psicossocial? A reforma psiquiátrica brasileira avança a passos lentos no que diz respeito ao "louco infrator", sendo preciso questionar a aplicação da medida de segurança e a necessidade de um dispositivo como o HCTP para que se possa discutir o fim dos manicômios judiciais como parte necessária na efetivação desta reforma. Tais práticas desafiam o campo da saúde mental coletiva a produzir intervenções jurídico-políticas e socioculturais, para além das teórico-conceituais e técnico-assistenciais, como aponta Amarante (2000), para o que a formação-intervenção tem papel fundamental na transformação dos modos de saber e lidar com a loucura.

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM DIABÉTICOS USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BLUMENAU- SC

Juliana Cecconello, Rafaela Roedel, Alessandra Martinenghi, Luiza Pinto de Macedo Soares, Eduardo José Cecchin, Miria de Souza Effting, Karla Ferreira Rodrigues, Nevoní Goretti Damo

Palavras-chave: Depressão, Diabete Mellitus, Atenção Primária à Saúde

A Diabetes mellitus (DM) é uma condição que necessita de acompanhamento ininterrupto, seja do próprio diabético (autocuidado), seja do sistema de saúde, haja vista a dificuldade de manter as mudanças nos hábitos de vida necessárias ao tratamento. É considerada problema de

saúde pública de grandes proporções e de difícil controle, uma vez que sua prevalência, morbidade e mortalidade aumentam progressivamente em escala internacional. Para tanto, o acompanhamento ideal do paciente diabético deve envolver também a esfera psicológica, pois a saúde mental desses pacientes tem relevância no que se refere à adesão ao tratamento e às consequentes complicações da doença. Sabe-se, por exemplo, que a depressão é fator de risco para a piora do controle glicêmico e está presente em 20-30% dos diabéticos. Pesquisas sugerem que o risco de desenvolver depressão aumenta em pessoas com diabetes, sendo essa a justificativa das altas taxas relatadas acima. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde estimou que a depressão era a primeira causa de incapacidade e a quarta principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade. Estima-se que em 2020 a condição atinja o segundo lugar nesse ranking. Esta pesquisa objetivou identificar o perfil e a possível presença de sintomas depressivos em usuários portadores de diabetes mellitus da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Germano Puff de Blumenau – SC. A coleta de dados foi realizada por cinco bolsistas calibrados do PROPET-Saúde da Universidade Regional de Blumenau, em julho de 2015, em visita domiciliar pré-agendada via telefone com os usuários. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: diagnóstico de DM, ter idade superior ou igual a 18 anos e aceitar participar da pesquisa voluntariamente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Aqueles que não responderam ao contato telefônico e não foram encontrados em casa após duas tentativas foram considerados como perda. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau em 25/06/2015 sob o parecer de nº 1.124.673. Neste trabalho, foi aplicado o "Patient

Health Questionnaire – 9" (PHQ-9), além de um questionário socioeconômico elaborado pelos autores. O questionário PHQ9 é um instrumento de autoavaliação, consolidado, que identifica a presença e o grau de severidade dos sintomas depressivos, sendo utilizado por vários autores para o acompanhamento da patologia em pacientes portadores de doenças crônicas. Ele trabalha com nove itens de avaliação, sendo que cada um pontua um dos nove critérios para diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV). Sua avaliação é focada nas últimas duas semanas do paciente e a cada um de seus itens é dado um escore de zero a três (sendo zero nunca ter sentido o problema apresentado, um ter sentido em vários dias, dois em mais da metade dos dias e três quase todos os dias). Assim, o questionário traz um escore de 0 a 27, sendo que, segundo os critérios, com escore entre 0 e 4 o sujeito não apresenta sintomas depressivos; entre 5 e 9, são encontrados sintomas mínimos; entre 10 e 14 configura-se sintomas depressivos leves; entre 15 e 19 a apresentação é moderada e entre 20 e 27 os sintomas são classificados como severos. Para o diagnóstico do Transtorno Depressivo o paciente deve pontuar a primeira ou a segunda questão com escore dois ou três. Em seguida, deve apresentar pelo menos cinco critérios ao total com escore dois ou três, sendo que o último critério ("pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a") pode ser pontuado como um, dois ou três para ser significativo. Por último, a décima pergunta que questiona o grau de dificuldade que os sintomas causaram no dia-a-dia do paciente, deve ser pontuada de um a três. Foram entrevistados 34 usuários, o que correspondeu a 57,6% da população de diabéticos da ESF. A maioria eram mulheres (58%), a média de idade foi de 61 anos, sendo os extremos 25 e 94

anos de idade e a maioria (64%) acima de 60 anos. O nível de escolaridade encontrado foi de 61% com apenas o primeiro grau parcial ou completo, sendo que 38% da amostra pertence à classe social D com o rendimento familiar entre R\$ 1.085,00 e R\$ 1.734,00. Dentre os avaliados, a maioria casados (44%), apenas dois usuários moram sozinhos e 58% estão aposentados. A média de tempo de diagnóstico de DM é de 9,94 anos, sendo que apenas três usuários não fazem uso de nenhum medicamento e 20% faz uso de insulino terapia. Quando questionados sobre o uso de medicamentos para depressão, apenas 23% (n=8) afirmaram estar em tratamento. Desses oito usuários, apenas dois apresentaram diagnóstico de depressão ao responderem o PHQ-9, sendo que um apresentou depressão leve e, o outro, depressão moderada. Em relação à apresentação e nível dos sintomas, 29% não apresentaram sintomas significativos para quadro depressivo. Sintomas mínimos foram encontrados em 26% da amostra, sendo que a conduta nesse caso seria o suporte da equipe de saúde e a orientação de reavaliação no caso de mudança do quadro. Foram encontrados 29% com sintomas leves, sendo necessário para esses pacientes um suporte, orientações sobre o quadro e início de tratamento com medicação ou acompanhamento com a psicologia. A população de 8,8% com sintomatologia depressiva moderada deveriam iniciar tratamento medicamentoso ou psicológico. Sendo obrigatórias ambas as terapias para os dois usuários (5%) com sintomas graves. Mesmo sendo qualificados os sintomas depressivos da amostra, apenas cinco usuários (14%) foram diagnosticados com Transtorno depressivo maior pelo questionário, sendo que apenas três já fazem uso de medicação específica, um possui depressão leve, três a patologia é apresentada de forma moderada e um está com o transtorno de apresentação severa,

sendo que esse não está em tratamento. Ao analisarmos cada item do questionário, observa-se que o mais pontuado foi a pergunta “com que frequência nas últimas duas semanas se sentiu cansado/a ou com pouco energia” com 52% da amostra pontuando dois ou três nesse critério. Vale ressaltar que 44% da amostra afirmou ter alguma dificuldade em seu cotidiano por causa de algum ou todos os sintomas apresentados. Não foi avaliado a presença de Diabetes Mellitus e Transtorno Depressivo nesses pacientes possui alguma relação. Entretanto, percebe-se que como as duas patologias coexistem leva a aferir a hipótese de uma forte relação, a ser comprovada em futuras pesquisas. Entretanto a implicação dessas comorbidades na prática clínica é incerta, e mais estudos sobre o assunto devem ser realizados. Considerando os resultados, esta pesquisa sugere que tanto os espaços de formação devem se voltar para intervenções mais ativas junto ao diabético, de forma multiprofissional e interdisciplinar, em sua mudança de estilos de vida. Ofertar atividades voltadas para a melhoria do componente de saúde mental dos usuários e a introdução deste tema junto ao planejamento das ações da unidade de saúde. Como exemplos, temos as rodas de conversa e convivência entre diabéticos, presença de matriciamento da saúde mental junto a ESF, oferta de eventos de convivência para todos os portadores de condições crônicas, além da divulgação e socialização destas experiências.

TECNOLOGIA DIGITAL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - TDICS: UM ALIADO A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

Caroline Amaral, Odival Faccenda, Marcia Maria de Medeiros, Kátia Gianlupi, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Educação Continuada em Saúde, Educação à distância, Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

INTRODUÇÃO: A Educação Continuada em Saúde (ECS) pode ser considerada o objeto de ligação entre as necessidades de aprendizagem e aprimoramento e as necessidades do mundo do trabalho, englobando os grupos dos profissionais atuantes ou não e transpassando as questões pessoais e unisetoriais, é a ferramenta de aprimoramento dos expedientes humanos das instituições, a qual transcende o cenário dos problemas pontuais do ambiente onde se trabalha e ponderam questões relevantes a diversos segmentos da instituição como um todo. Essas características a torna amplamente utilizada como instrumento de formação e desenvolvimento dos trabalhadores voltados à saúde (CECCIN; FERLA, 2013, BRASIL, 2004). No que tange especificamente aos profissionais da enfermagem, verifica-se que desde a graduação de enfermagem há a prática de atividades direcionadas a educação continuada, uma vez que a profissão exige busca constante por aprimoramento, tendo em vista que a ciência e o saber científico não são estanques e que estão em constante evolução, além disto, é uma das funções do profissional enfermeiro é coordenar o setor de educação continuada das instituições, que quando instituído e funcionante, o processo de ensino e aprendizagem passa a ser parte das atividades diárias das organizações de saúde e dos profissionais que ali atuam. Neste âmbito de constante aprimoramento, se ampliarmos o olhar para a educação no todo, constata-se que no contexto global de desenvolvimento humano e tecnológico, houve uma valorização da informação de acesso rápido e fácil (BRASIL, 2004). Com relação à da educação brasileira e seus avanços técnicos e científicos, verifica-se o surgimento das tecnologias de informação

e comunicação – TICs e as tecnologias digitais da informação e da comunicação – TDICs a qual necessita da utilização de um computador, tablet ou smartfone com acesso à internet. Tais tecnologias permitiram uma difusão e interação dos saberes, de forma dinâmica e rápida. Outro fato característico das TDICs é a possibilidade da comunicação ocorrer de forma autêntica, independente, instantânea, sem limitar-se aos espaços físicos existentes, permitindo que os interlocutores se encontrem mesmo distantes (DAGOSTIN; RIPPA, 2014; ARAUJO; LOUREIRO; FREIRE, 2014). Essa nova configuração no âmbito da educação proporcionou o aperfeiçoamento, a difusão e maior adesão da modalidade de Educação a Distância – EAD, a qual de acordo com artigo 1^a do decreto 5.622/2005 caracterizam-se “como modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação” possibilitando o desenvolvimento de atividades tanto do professor quando do aluno, de lugares diferentes em horários distintos (RODRIGUES; PERES, 2008). Com a EAD a educação deixou de estar restritas as salas de aulas, livros, e giz e passa a fazer parte do espaço cibernético. A prática da EAD no campo da saúde é uma realidade. A discussão sobre tal temática surgiu da proposta de trabalho do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, o qual objetivo desenvolver uma plataforma virtual embasa na EAD, para que profissionais enfermeiros possam utilizar como aporte teórico ao desenvolvimento pessoal e profissional mediante a realização de EPS, o presente resumo traz dados preliminares sobre a opinião dos profissionais quanto à importância do ambiente cibernético. **Objetivo:** Criar um espaço virtual embasado na Educação a Distância, para o

desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde para os enfermeiros atuantes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com a utilização da entrevista estruturada, e análise quantitativa dos dados, usando como caminho metodológico a pesquisa de campo. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e setembro de 2015. Foram entrevistados 136 enfermeiros, assistencialistas e gerenciais, atuantes no Hospital Universitário da Grande Dourados e Hospital da Vida, ambos localizados no município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Objetiva-se com a ECS encontrar soluções a partir dos anseios por conhecimento acompanhado de dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, o cenário de desenvolvimento da ECS considera a bagagem de experiências e as vivências dos envolvidos, sem que o saber do educador seja tido como superior em relação ao educado e, assim, originar mudanças no desenvolvimento das atividades profissional, na própria organização do trabalho e nas atividades de ensino. Partindo dessa premissa e acreditando que a educação é tida como um processo dinâmico e contínuo, através do qual o conhecimento se constrói nas discussões pessoais utilizando-se do pensamento crítico-reflexivo, acrescida da compreensão de que as relações interpessoais geram um comprometimento pessoal e profissional, faz com que as ações de ECS, tornem os profissionais capacitados para exercer mudança no ambiente de trabalho (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Compreendendo o universo da ECS atrelando a ele a dinamicidade do novo leitor no espaço cibernético foi perguntado a 136 enfermeiros se achavam interessantes uma plataforma virtual que tratasse de ECS, destes 96,3% assinalou que acham interessante e 3,7% não opinaram sobre.

Esse valor é expressivo o que reforça o pensamento que o uso das tecnologias nasceu para “influenciar e modificar a rotina pessoal, social e profissional, facilitando a conexão entre os indivíduos, entre as empresas” assim como, permite a “disponibilização da informação a todos aqueles que têm acesso a um desses mecanismos tecnológicos”. Outro fato característico deste novo contexto é a possibilidade da comunicação ocorrer de forma autêntica, independente, instantânea, sem limitar-se aos espaços físicos existentes, permitindo que os interlocutores se encontrem mesmo distantes, “concede uma aparente aproximação” (Liedke, 2014, p. 120). A educação deixou de estar restrita as salas de aulas, livros, e giz e passa a fazer parte do espaço cibernético. Novas constantes nos parâmetros de ensino e aprendizagem transformam a forma de construção do conhecimento e a metodologia de ensino (RODRIGUES; PERES, 2008). A prática educacional em ambientes virtuais na enfermagem já ocorre em diversos seguimentos por meio da EAD, método que auxilia os docentes e discentes na averiguação de suas ações desenvolvidas no cotidiano, possui um caráter interativo, o que possibilita “redimensionar o espaço entre os diferentes atores envolvidos”. Permite que ambos desenvolvam um papel ativo no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que “interagem, virtualmente nas tarefas postadas, bem como no decorrer da disciplina” (SOUZA, 2013, p. 01).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ponderando o sobrescrito e tendo em vista a importância da ECS no âmbito da enfermagem, sabendo que ela é uma das atividades inerentes ao enfermeiro e de grande importância, possuindo o poder de modificar ações, qualificando a assistência de enfermagem prestada, considerando os avanços do mundo globalizado e a difusão ao acesso as redes cibernética é importante divulgar

como mais uma possibilidade da busca pelo conhecimento a utilização da TDICs, uma vez que a tecnologia digital não se encontra fixa e estanque, esta a disposição do usuário em vários locais, incluindo a sua casa, permite a interatividade, contando com a flexibilidade de horários e a comodidade de ser utilizado quando e onde quiser o que vem a ser uma aliada fundamental para busca de informações e troca de experiência, no intuito de aprimorar as trocas de saberes realizadas dentro das equipes durante as ECS.

TEMA: PERFIL VOCACIONAL E APTIDÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, PELA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Joao Vitor Galo Esteves, Carlos Eduardo Aguilera Campos, Ana Laura Brandão, Fernanda Pereira de Paula Freitas, Aline Cardoso Lins

Palavras-chave: Educação Médica, Medicina de Família e Comunidade, Especialidades Médicas

Apresentação No Brasil, desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) cerca de 55 mil equipes foram credenciadas, mas o número de equipes é aquém das necessidades. Entre as causas para a falta de médicos na ESF estão a formação inadequada dos profissionais, a baixa procura dos médicos pela especialidade e a falta de recursos e de compreensão dos gestores sobre a Atenção Básica. A dificuldade em completar equipes de Saúde da Família com médicos de família com a especialidade pode ser proveniente, dentre outros aspectos, do baixo número de graduandos interessados em exercer a MFC no futuro. A especialidade MFC tem seu próprio campo teórico que vai gerar determinadas competências, habilidades e ferramentas de atuação. Estas

devem ser ensinadas, desde a graduação, para se alcançar uma boa performance profissional. Esta clínica exercida de forma multidimensional é talvez a principal característica que diferencia a MFC da grande maioria das especialidades. Para que o ensino desta especialidade se dê de forma satisfatória é necessário que as condições de ensino, nas universidades, abranjam também este caráter multidimensional, e não estejam apenas centradas no diagnóstico biomédico. Este representa o grande desafio do aparelho formador médico no Brasil e no mundo (Olesen, 2003). Um conjunto importante de escolas médicas no Brasil e no mundo buscam adequar seus conteúdos curriculares para suprir a APS com este especialista (Gonçalves, 2009). Segundo a experiência de médicos da ESF, muitos alegam não ter sido dado destaque a capacitação para exercer a APS na graduação (Gonçalves, 2009). Quando ocorriam era em uma carga horária irrisória com relação ao total do curso. Existem dois importantes desafios para os profissionais que atuam na APS: a grande abrangência do trabalho e a necessidade de uma abordagem multidimensional ou biopsicossocial (Gonçalves, 2009). Avaliando o processo de ensino médico nos Estados Unidos, Bland et al. (1995) encontraram que estudantes de medicina predominantemente entram na escola médica com a preferência por carreira em APS, entretanto, esta vai diminuindo ao longo do tempo. O estudo concluiu também que a obrigatoriedade de estágios e o tempo de estágio na APS, com experiências longitudinais longas, de mais de um ano de duração, estavam fortemente relacionados à escolha dos estudantes pela APS. O referido estudo recomendou as seguintes medidas para aumentar o número de formandos na especialidade nos EUA, quais foram: criação de departamentos acadêmicos em medicina familiar; mudança de cultura da escola médica, valorizando a

APS; mudar a política de admissão de alunos, incluindo tipo e composição de bancas por Médicos Familiares; aumentar o número de clínicas aptas a receber o aluno em tempo integral, estabelecer estágios longitudinais em APS; obrigatoriedade de estágio em APS no terceiro ano; e estabelecimento de um programa de aconselhamento vocacional com acompanhamento e avaliação de impacto. (Blandet al., 1995). Segundo Romano (2008), os MFC pesquisados valorizaram o vínculo e a humanização da relação médico-paciente, considerados assim, como uma prioridade. A maioria dos médicos relatou sentir-se pouco seguro ou totalmente inseguro diante de “conflitos psicológicos” como demanda. O que os interessou na MFC foi a ideologia do trabalho, com enfoque na prevenção, na prática generalista, na ampliação do olhar, para além da doença. Além disso, Vieira (2015) entrevistou egressos de cursos de medicina de instituições de ensino localizadas no estado do Rio de Janeiro que optaram pela formação e atuação na MFC. A análise documental de currículos e os projetos pedagógicos assim como as entrevistas apontaram para a frágil contribuição da graduação em medicina para a sensibilização dos futuros médicos quanto à escolha e atuação futura na MFC. (Vieira, 2015). Considerando o exposto, o objetivo do trabalho é avaliar o perfil vocacional de estudantes de medicina segundo características ligadas à prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e os motivos de interesse e desinteresse em seguir esta especialidade e compará-lo à literatura internacional. Desenvolvimento do trabalho Neste sentido, a principal metodologia adotada no trabalho foi a aplicação de um questionário de auto resposta em estudantes do 6º ano de medicina, concluintes do curso em 2015. O questionário foi constituído a partir de atributos, características ou aspectos

peçoais considerados ideais para o exercício desta especialidade, a partir das seguintes fontes: Ministério da Saúde do Brasil; Princípios da Medicina Familiar definidos na literatura por docentes de MFC europeus e norte-americanos e revisão bibliográfica com artigos que abordaram o mesmo tema. O questionário continha 20 questões sobre características relacionadas ao desempenho da MFC, e duas questões abertas a respeito do interesse e desinteresse pela especialidade. Estas questões refletem a auto percepção do aluno sobre a respectiva característica. Cada questão foi formulada como uma afirmativa, a qual o aluno deveria atribuir uma nota de 1 a 5, segundo a escala de Linkert. Sendo 1, “Discordo Completamente”, e 5, “Concordo Completamente”. Desta forma, a pontuação final atingida pela soma das respostas tem o valor máximo de 100. Os dados foram tabulados e analisados e as questões abertas foram listadas. Resultados e/ou impactos Foi observado que somente 15% (n=136) dos estudantes afirmaram ter interesse em cursar a especialidade. A pontuação média atingida pelo total de alunos foi de 72,7 ± 10,1, indicando uma amostra bastante dispersa. Neste sentido, foram destacadas as características mais ligadas à prática da Medicina em geral, enquanto atributos comuns, de forma geral, aos estudantes de medicina e médicos, tais como: “Tenho interesse de saber e aprender coisas novas ou desconhecidas”, “Tenho Pensamento Crítico”, “Respeito e valorizo o trabalho de outras categorias profissionais da saúde”. Contudo, analisando somente os alunos que afirmaram ter interesse pela especialidade, percebemos pontuação média de 81,2 ± 6,34, revelando uma amostra com padrão de resposta mais coeso. Desta forma, observamos que características mais ligadas à prática da MFC destacam-se nas respostas destes indivíduos, tais como: “Tenho sensibilidade para as questões sociais”, “Gosto de trabalho social e comunitário”, “Costumo valorizar os aspectos culturais

do processo saúde-doença”, “Costumo valorizar os aspectos emocionais do processo saúde-doença”. Este dado revela que este grupo possui atributos comuns aos indivíduos pertencentes, e que estas se destacam frente às características gerais de médicos e estudantes de medicina. Além disso, as características que se destacaram dentre os alunos que possuem interesse em cursar a MFC são amplamente citadas na bibliografia existente. Considerações finais Desta forma, buscamos identificar características pessoais ligadas ao perfil vocacional para a MFC, bem como possíveis motivos de interesse e/ou desinteresse pela especialidade. Neste sentido, pudemos observar que os estudantes que manifestam interesse pela MFC possuem perfil vocacional distinto do corpo de alunos de uma forma geral, e também apresentam características pessoais que favorecem a atuação e/ou escolha pela especialidade. Os resultados deste estudo podem constituir importantes norteadores para o ensino e a prática da MFC nas Faculdades de Medicina, uma vez que apontam quais os atributos e características que podem ser aprimorados entre os estudantes de forma a desenvolver uma maior aptidão e interesse pela especialidade. A necessidade de estágios curriculares mais intensos e prolongados de forma a aumentar a aquisição destes atributos seria também necessária uma vez que estes estágios aumentariam o contato dos alunos com os especialistas e docentes em MFC. Além disso, faz-se necessária também a análise qualitativa dos motivos apontados pelos discentes para escolher ou não atuar dentro da especialidade.

TÍTULO: AUDIOVISUAL SOBRE VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA, COMO PRÁTICA EMANCIPATÓRIA: QUE ÓCULOS VOCÊ USA?

Miriam de Toledo Leitão Figueiró, Célia Maria Sivalli Campos

Palavras-chave: Pesquisa Ação, Visita Domiciliar, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Enfermagem de Atenção Primária

TEMA: O objeto deste estudo é o audiovisual pedagógico que tem como tema a Visita Domiciliar (VD) emancipatória. A VD é um instrumento do trabalho em saúde, utilizado tanto para a captação de necessidades de saúde, no âmbito do coletivo, quanto para o cuidado em saúde de indivíduos e famílias (Campos et al, 2014). Sendo assim este estudo teve como finalidade contribuir com o aprimoramento das práticas do enfermeiro na Atenção Básica (AB) para que sejam implementadas em resposta às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais. A problematização desenvolvida em estudo anterior (Forlin, 2014), que serviu de base para o presente estudo, mostrou que embora tenha passado por várias reorientações ao longo do processo histórico-social do cuidado, a Visita Domiciliar (VD) não sofreu alterações na sua essência, dado que hegemonicamente é guiada pelos saberes da clínica. Ao se pensar em um instrumento de apoio para a área da saúde indutor de mobilização e reflexão acerca das práticas desenvolvidas pelo enfermeiro e suas especificidades, tomando como referencial os pressupostos da Saúde Coletiva, acreditamos que o processo de produção coletiva do audiovisual se encaixa com a abordagem emancipatória preconizada nesse estudo, que pressupõe a participação dos sujeitos envolvidos na construção dos conhecimentos acerca dos problemas de saúde que afetam os grupos sociais que pertencem ao território da área de atuação desses profissionais. A construção coletiva do material pedagógico audiovisual sobre a VD realizada por enfermeiros teve como pretensão promover a reflexão crítica acerca do trabalho em saúde, mais particularmente no âmbito da AB. OBJETIVO GERAL: construir audiovisual pedagógico

sobre a VD para processos educativos que pretendam introduzir conceitos da Saúde Coletiva. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: elaborar um vídeo sobre a VD na perspectiva emancipatória e produzir material gráfico que sirva de guia para a utilização do vídeo em processos educativos. Metodologia: Esta pesquisa configura-se como qualitativa, desenvolvida nos moldes da Pesquisa-Ação (PA) Emancipatória (Cordeiro, Soares e Campos, 2013; Soares, Cordeiro e Campos, 2013), coerentemente com as características do objeto do estudo, o conhecimento de enfermeiras sobre uma prática de trabalho (VD), e ao arcabouço teórico do estudo, o marxismo. A Educação Emancipatória se embasa nos pressupostos e diretrizes da Saúde Coletiva e pressupõe a incorporação do caráter histórico-social do processo saúde-doença. A saúde, nessa abordagem, é vista como o resultado do embate entre os potenciais de fortalecimento e de desgaste resultantes dos perfis de reprodução social, que se diferenciam entre si, a depender da inserção social dos indivíduos (Soares, 2007). Os conceitos que ancoraram a apresentação da VD foram: Necessidades de Saúde e Trabalho em Saúde (Campos, 2009), Reprodução Social e Determinação Social do Processo Saúde-Doença (Viana, Soares, Campos, 2013). Participaram do vídeo cinco enfermeiras que atuam na AB na área pertencente à Supervisão Técnica de Saúde Butantã (STS) e de outras STS que compõem a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, inclusive a autora dessa pesquisa. Colaboraram também uma Agente Comunitária de Saúde, um usuário da USF Jd Boa Vista e trabalhadoras da EEUUSP. CRITÉRIO DE INCLUSÃO: enfermeiras deveriam ter o trabalho envolvido com a AB e se voluntariarem a participar. A gravação foi feita a partir de roteiro desenvolvido em pesquisa anterior (Forlin, 2014). RESULTADOS E ANÁLISE: Os resultados desta pesquisa são um audiovisual sobre uma VD realizada por enfermeira de uma

equipe de saúde da família de uma UBS e um material gráfico que descreve e analisa as cenas do vídeo. Este material se propõe a ser um guia para a utilização do vídeo como instrumento para a apresentação e discussão de conceitos do campo da Saúde Coletiva. O título do vídeo tem a intencionalidade de promover reflexão sobre o processo de trabalho em saúde na particularidade da AB. Na área da saúde o conhecimento que tem predominância é o pautado nos saberes da clínica médica (os primeiros óculos usados pela enfermeira e ACS), que respondem a parte das necessidades, aquelas já instaladas no corpo bio-psíquico individual. Buscou-se mostrar a VD fundamentada nos conceitos da Saúde Coletiva (segundos óculos), que possibilitam o reconhecimento de necessidades de saúde de indivíduos por referência ao grupo social a que pertencem e a proposição de respostas a elas, em práticas que transcendem aquelas que incidem apenas no indivíduo. O resultado deste estudo, o audiovisual, contribuiu com o processo educativo de trabalhadores de saúde em duas perspectivas: a) no processo de produção coletiva do audiovisual (elaboração do roteiro e gravação do vídeo), processo que permitiu o aprimoramento do conhecimento de conceitos da Saúde Coletiva, com ênfase nos de Necessidades de Saúde e Trabalho em Saúde. b) na produção do audiovisual e do guia que o acompanha, os quais serão distribuídos em serviços de saúde para subsidiar processos educativos. O audiovisual também poderá ser utilizado em instituições de ensino voltadas à formação de trabalhadores da área da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A VD emancipatória proposta nesse processo educativo contemplou os seguintes aspectos destacados no roteiro que serviu de base para a confecção do audiovisual: ser identificada como um instrumento para reconhecer as condições de trabalho, vida e saúde dos indivíduos, famílias e

grupos sociais pertencentes ao território que compõem uma UBS, possibilitar a identificação da heterogeneidade das necessidades de saúde desses grupos e estimular a compreensão relacionada à dinâmica social e das relações entre as formas de adoecer e morrer, as percepções acerca das políticas de saúde e o papel do Estado, além de estimular a participação social nos espaços legitimados. Consideramos que o audiovisual, nesse sentido, se constitui como importante ferramenta a ser utilizada nos processos de formação e capacitação. O vídeo pode propiciar discussões e posicionamentos referentes à realidade vivenciada, compartilhamento de conceitos, estimular reflexões e críticas, sensibilização, entre outros. A efetividade dessa proposta pedagógica teve como eixo norteador o aprofundamento dessas questões que envolvem o encontro entre a teoria e a prática, elas se complementam e acabam por resultar em uma prática de saúde crítica, reflexiva e transformadora. A gestão dos serviços de saúde deve garantir espaços para o desenvolvimento de processos de educação emancipatória que visem à construção conjunta de respostas às necessidades de saúde dos grupos sociais que compõem os territórios para o aprimoramento das práticas em saúde.

UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA DA POLÍTICA NACIONAL QUE INSTITUI AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: REVISITANDO ARQUIVOS

Rafael Cardoso Chagas, Carla Pontes de Albuquerque, Angela Santos, Giane Serra, Maria Alice Peçanha de Carvalho, Leila Vianna, Flávia Fasciotti

Palavras-chave: Residências em saúde, Genealogia, Micropolítica

INTRODUÇÃO: Este trabalho é parte das

análises iniciais realizadas pela pesquisa “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, eixo 6 sobre a política nacional que institui as residências multiprofissionais em saúde, aprovada em forma legal no ano de 2005 com a Lei nº11129. O objetivo deste trabalho é apresentar algumas questões, sobre a constituição da política, produzidas por meio da abordagem genealógica. Nos últimos anos, o tema das políticas de formação de trabalhadores em saúde tem ganhado centralidade, seja em estudos acadêmicos, em projetos de gestão ou na articulação dos dois, na perspectiva de servir como estratégia de mudança dos modelos de atenção à saúde, que caminhem na direção da consolidação do SUS. Embora, hoje, exista uma vasta quantidade de estudos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), poucos trabalhos têm se dedicado, de forma mais sistemática, à política que trata das residências multiprofissionais. O tema das residências multiprofissionais em saúde, além de se inserir nas abordagens críticas em torno da formação, ganha relevância pela polifonia em cena que existe em torno dele, ainda pouco estudada pela saúde coletiva, onde a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) é apenas uma das ideias presente. Com o tema das residências, abre-se a possibilidade de se analisar os saberes e as relações de poder, em perspectiva histórica, que se formaram e possibilitaram a emergência de uma política que traz para o campo da educação a temática da formação multiprofissional em saúde. A proposta é debater, no âmbito da análise das políticas de formação em saúde, questões que se apresentam de maneira singular na política pública que dispõe sobre as residências multiprofissionais no setor saúde. Para tanto, como se verá adiante, não se partirá de um modelo geral, nem tampouco, tem-se a pretensão de criar um

modelo de observação universal. Nesse sentido, pretendeu-se investigar a política como uma construção social e histórica, inserida nas práticas sociais dos sujeitos concretos, permeadas por relações de poder e saber. Portanto, a partir da abordagem genealógica de uma política específica de Estado objetivou-se analisar os mecanismos que permitiram a racionalização de certas práticas, possibilitando a emergência de uma política enquanto regime de governo. DESENVOLVIMENTO: Nesta pesquisa, não se pretendeu fazer apenas uma leitura da legislação e documentos oficiais e relacioná-los, simplesmente, ao contexto sócio-político com objetivo de traçar uma história linear social das residências multiprofissionais no Brasil. Um estudo deste tipo levaria a um entendimento muito limitado da política, reconhecendo esta tão somente como fruto de pressão de alguns setores sociais que encontram um ambiente institucional específico e uma conjuntura política mais favorável para emplacar suas reivindicações. Tomando a genealogia como referencial metodológico, buscou-se, em um levantamento inicial de documentos sobre a política, analisá-la para além de uma sucessão de fatos históricos. Assim, a perspectiva anti-historicista, presente na noção de genealogia, foi fundamental para perceber a constituição de uma política levando em consideração as rupturas, as descontinuidades e as lutas pelo exercício do poder que nunca cessam, mesmo com a institucionalização em forma legal. Dessa forma, procuramos fazer uma leitura mais apurada da legislação encontrada, buscando nas justificativas e textos que a embasava mais do que só artigos e parágrafos poderiam nos dizer. Também foram analisados outros documentos oficiais, como os produzidos pela CNRMS. Ademais, a partir de indícios encontrados nos documentos oficiais, analisamos outros documentos, os quais não foram

produzidos fora do âmbito governamental. Para melhor compreensão, os dividimos sob a nomenclatura de “documentos oficiais” e “documentos não oficiais. Com esse primeiro contato com os arquivos, produzimos algumas questões iniciais que serviram para indicar alguns caminhos, que serão úteis no andamento da pesquisa. RESULTADOS: Na pesquisa inicial de alguns documentos percebemos que a história das residências é contada sempre tendo como ponto de partida, no caso das uniprofissionais não médicas, nos anos 60 e no caso das multiprofissionais nos anos 70, sob a denominação de medicina comunitária. No entanto, nesses documentos não se aborda o teor dessas experiências fundadoras. Não necessariamente, como os documentos levam a crer, tais experiências representam um ponto na história que ficou no passado, mas provavelmente permanecem, dando um caráter de multiplicidade à política e não de unidade. No caso das residências uniprofissionais (não médicas), por exemplo, seria interessante analisar os saberes sobre competência profissional que estão em jogo e as relações de poder em que se inserem e produzem. Sobre as residências com caráter multiprofissional, pode-se investigar criticamente o saber acerca do termo medicina comunitária, sua relação com a medicina tradicional e com o próprio campo da saúde coletiva. Outro tema citado pelo documento, ao abordar uma justificativa sobre o surgimento de experiências de formação multiprofissional, é o programa de saúde de família. Nesse caso, torna-se necessário, também, fazer uma abordagem crítica sobre tal saber, as relações de poder estabelecidas em torno dele e sua articulação com projetos de formação. Observando, de forma mais apurada, a Lei Federal, as portarias e outros documentos não oficiais, descobriu-se que existem uma variedade de sujeitos e tensões que precisam ser trazidos para

análise. Uma política constituída no âmbito de 2 ministérios já indica a necessidade de investigar a forma que cada instituição enxerga tal política. Certamente, elas têm visões diferentes sobre o processo. Mas, mais do que isso, os sujeitos envolvidos diretamente com a política, que pertencem a esses ministérios, também trazem para cena contornos que não são determinados pela gestão central dessas instituições. O mesmo ocorre com os membros da CNRMS: suas intenções e atuação não podem ser reduzidas à opinião oficial das entidades que os indicam, apesar desta ser também uma fonte importante para esta pesquisa. Neste levantamento inicial feito para este primeiro delineamento da pesquisa encontramos documentos não oficiais. Estes documentos indicaram que outros setores se organizam por fora da institucionalidade da política, mas com o objetivo de disputá-la. Além dos fóruns de categorias específicas, envolvidos diretamente com o cotidiano das residências, como os coordenadores e os residentes, existiram organização de encontros que formaram uma rede de discussão e intervenção em torno do tema que escapa da institucionalidade governamental. Esses atores, que podem ou não estar inseridos nas ações de governo, mas que participam ativamente da política, pensando esta em seu caráter amplo, devem ser considerados a título de investigação. CONCLUSÃO: Através de um levantamento inicial de arquivos e uma visão mais ampla sobre o processo de constituição da política nacional de residências multiprofissionais em saúde, muitas questões, que estão para além do arcabouço jurídico e das ações governamentais, foram trazidas para a reflexão nesse trabalho. Seguindo por esse caminho, algumas ferramentas teóricas podem ajudar a indicar trajetos possíveis a serem percorridos no andamento da pesquisa, apontando na direção de abordar a emergência de uma política enquanto

um processo complexo, perpassado por interesses individuais e coletivos, saberes e poderes diversos que se materializam no cotidiano das práticas sociais.

USO DE TECNOLOGIA LEVE PARA O AUXÍLIO NO ATENDIMENTO A MULHER SURDA

Gabriela Silva Santos

Palavras-chave: Mulher, Surdez, Assistência à saúde

INTRODUÇÃO: na vida acadêmica dos enfermeiros, dos médicos, ou até mesmo de outras especialidades a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), nunca foi introduzida de forma obrigatória para o cumprimento da grade curricular, onde um dos desafios que temos durante a nossa vida é a manutenção da saúde, prevenindo alguns possíveis problemas e cuidar daqueles que se instalarem. Sabendo que os princípios que regem o SUS são a equidade, integralidade e a universalidade e a assistência à saúde é fundamental para todos os seres humanos, e tendo como referência este pensamento e a convivência com pessoas surdas, que uma das autoras, sentiu necessidade de elaborar um instrumento que auxiliasse profissionais enfermeiros, a um atendimento mais qualificado às pessoas surdas. OBJETIVOS: Apresentar uma tecnologia leve que facilite o atendimento de enfermagem à mulher surda, por meio do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais e a comunidade surda. Elaborando uma cartilha destinada ao atendimento de enfermagem à mulher surda a fim de incentivar o profissional a se qualificar para atender este público. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo metodológico realizado em Fortaleza/CE no período de agosto de 2013 a maio de 2014. Onde os dados foram apresentados mediante

o conteúdo de uma cartilha. Os temas abordados incluem: surdez, preconceito versus conscientização, legislação do surdo, língua de sinais, legislação da Saúde da mulher no Brasil, Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, cuidados durante o atendimento de enfermagem e informações gerais acerca da cultura surda. A elaboração da cartilha se deu em quatro etapas, descritas a seguir: Primeira etapa: revisão de literatura, onde foi feita a seleção de artigos pertinentes ao tema e construção de planilha a fim de aperfeiçoar a organização dos dados da pesquisa; Segunda etapa: definição do conteúdo da cartilha, onde foi selecionado o que era mais relevante para o conhecimento do profissional enfermeiro, buscando um texto mais sucinto com linguagem simples, porém com relevância científica; Terceira etapa: elaboração dos layouts, onde foi feita a seleção de ilustrações de modo a favorecer a visualização das informações relatadas e tornar a cartilha mais atrativa e interativa com o leitor; Quarta etapa: verificação ortográfica e impressão do material. Após a conclusão das pesquisas de textos relacionados, a seleção dos tópicos a serem abordados e a escolha das imagens, foi realizada a revisão de todo o conteúdo abordado na cartilha a fim de identificar erros ortográficos. Em seguida foi enviada para uma gráfica, a fim de que fosse verificado o layout e a impressão do material. RESULTADOS: o desenvolvimento de uma cartilha destinada às mulheres surdas tem como intuito discorrer sobre o conceito de surdez e a conduta do profissional de enfermagem diante de um paciente surdo, facilitando o atendimento e apresentando como peculiaridade situações como o que fazer e o que não fazer diante de uma consulta com o surdo, mas especificamente com a mulher surda, submetendo-se ao sexo que mais procura por atendimento de saúde. A construção do material visa ajudar

os profissionais de enfermagem, utilizando-se de abordagem dinâmica, por meio de figuras ilustrativas e curiosidades acerca da cultura surda com a finalidade de incentivar o aperfeiçoamento profissional para melhor assistir o público-alvo. O conteúdo a cartilha foi exposto em nove tópicos. O primeiro tópico foi à apresentação, onde foi descrito a proposta dos autores, para a criação da cartilha e questionamentos a cerca de seu contato com a comunidade surda ou, se ele estava preparado a prestar um atendimento humanizado. O segundo tema abordado foi à definição de surdez e a forma dela (congenita ou adquirida). O terceiro tópico trata sobre o preconceito versus conscientização. E relata um pouco da história do surdo como as dificuldades encontradas frente uma sociedade preconceituosa que os julgava como pessoas fora dos padrões “normais”, sendo isolados assim da sociedade. E, relata também, que a própria comunidade surda, passou muito tempo para entender a importância da comunicação por meio de sinais. O quarto tema proposto traz a legislação do surdo, contando de onde surgiu, a inspiração para a criação das Libras, mostra a lei que defende o uso da língua de sinais e trata como crime barrar ou retardar o uso desta. O quinto tema abordado foi a Língua de Sinais, instigando o profissional a aprender e mostrando a legislação que reconhece a Libras. Com o sexto tópico a Legislação da Saúde da mulher no Brasil, foi apresentada toda a legislação que defende os direitos da mulher, as políticas públicas e as conquistas. O sétimo traz a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um facilitador no atendimento a mulher surda, além de mostrar o passo-a-passo do atendimento. A oitava abordagem da cartilha descreve os cuidados durante o atendimento de enfermagem, estabelecendo as condutas para um bom atendimento e dicas que facilitem o entendimento da mulher surda e

informações do que não se deve fazer, a fim de evitar constrangimentos. Para finalizar a cartilha, com o nono tema, trouxemos informações gerais sobre os surdos para que o profissional possa conhecer mais sobre a comunidade surda, essa parte da cartilha também contém informações como: senso demográfico e escolar, como funciona o telefone para surdos, a função do closedcaptions, a inserção das letras do alfabeto em sinais, dúvidas frequentes, os aplicativos que auxiliam na comunicação entre outras curiosidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** com o estudo foi possível concluir que as mulheres surdas enfrentam grandes dificuldades na busca de atendimento, devido o desconhecimento e falta de experiência por parte dos profissionais. Com isso o cliente é forçado a levar um acompanhante, para a consulta, a fim de tentar estabelecer um diálogo com o profissional, o que muitas vezes pode como consequência causar constrangimento e a omissão de algumas informações relevantes para o diagnóstico. Outro fator que pode ser tido como dificultador do processo é o fato de que algumas vezes o próprio acompanhante não tem tanto conhecimento das Libras ou não compreende o que foi dito pelo profissional, não passando as informações necessárias e de forma correta. Sendo assim, a disciplina que ensina Libras na grade curricular dos profissionais da saúde, poderia ser incluída para que se tenha uma noção mínima, ou conhecimento suficiente para otimizar o atendimento e os resultados esperados. Outro motivo relevante do quão importante é conhecer Libras, foi quando uma das autoras do artigo teve contato com algumas pessoas surdas e a mesma não se sentiu confortável diante a situação, não sabendo como se comunicar e nem entendendo o que estava se passando.

VISÃO MULTIDIMENSIONAL SOBRE SEXUALIDADE DO IDOSO

Odair Queiroz Holanda, Rosana Alves de Melo, Amanda Karla Alves Gomes e Silva, Johnatan Dantas Oliveira Freitas, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Palavras-chave: Sexualidade, Idoso, Envelhecimento

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento no Brasil é um fenômeno que têm repercutido bastante nos últimos anos, principalmente com o aumento da expectativa de vida brasileira. Porém, ainda hoje os idosos sofrem com a discriminação, no qual existe a concepção retrógrada de que a terceira idade é sinônimo de doença e invalidez (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Quando se pensa em sexualidade na velhice vêm à tona mitos e tabus estereotipados pela sociedade, resultando na ideia de que os idosos são pessoas assexuadas. Nesse sentido, a sexualidade do idoso, parte da compreensão de que ela deve ser considerada na sua totalidade, deste modo, sendo vista no seu sentido holístico. Portanto, não apenas como um fator biológico, como também por aspectos sociais, psicológicos e culturais. Diante disso, o aumento crescente da população idosa traz consigo novos desafios e necessidades que visam à promoção e melhora significativa da qualidade de vida, também considerando a sexualidade como parte importante (ALENCAR et al., 2014). Embora a sexualidade e o envelhecimento sejam vistos de forma distante. Ela faz parte do cotidiano e das relações interpessoais dos seres humanos ao longo de todas as fases da vida, estando presente desde o nascimento até a morte, uma vez que, as funções sexuais permanecem de forma continuada, mesmo na terceira idade, devendo ser preservada e respeitada (BASTOS et al., 2012). Desta forma, a

construção dos aspectos levantados nesse estudo poderá contribuir para melhorar os fatores que envolvem a qualidade de vida na terceira idade, além disso, as informações trazidas são de fundamental importância para sociedade, em geral e para os profissionais de saúde, permitindo visualizar a sexualidade na velhice sob um novo olhar, o que trará benefícios mútuos. Diante do exposto, o objetivo desta produção consiste em compreender a sexualidade em seus aspectos sociais, psicológicos, biológicos, culturais e a influência destes sobre a qualidade de vida em idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de revisão bibliográfica, com dados extraídos por meio da busca do banco de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Também foi usado nessa revisão capítulo de livro. Ademais a busca enfatizou artigos publicados entre os anos de 2005 a 2015, com o idioma em português. Os descritores (DeCS) utilizados foram: sexualidade; idoso; qualidade de vida, doenças e envelhecimento, no qual foram delimitados 14 artigos. **RESULTADOS:** A sexualidade vai além do ato sexual, sendo vivida sob diferentes formas de expressão, podendo ser desde a ternura ao contato físico, como a troca de olhares e carinhos, desenvolvendo assim laços de amizade, compreensão, intimidade, prazer e confiança. Cada pessoa sente a sexualidade de uma forma única e peculiar, em qualquer fase da vida, possuindo uma dimensão que engloba outros valores. Assim, é necessária a estimulação e discussão sobre o assunto, pois um idoso com conhecimento e informação sobre suas limitações e a respeito da sua sexualidade, poderá manter uma atividade sexual satisfatória (FRUGOLI et al., 2011; VIANA et al., 2010). O processo de envelhecimento leva a transformações físicas naturais a senescência, estando envolvidas nessa fase as mudanças

anatômicas e funcionais (FERNANDES, 2009), o que acaba interferindo na prática sexual. Destacam-se também as mudanças hormonais, que afeta principalmente a fase reprodutiva da mulher, neste sentido essas alterações perturbam a vida sexual na terceira idade (BASTOS et al., 2012). No entanto, com os avanços na indústria farmacêutica a atividade sexual na terceira idade também aumentou, expondo essa população a risco de doenças sexualmente transmissíveis, destacando-se a AIDS. Estudos apontam que o aumento dos casos de doenças sexualmente transmissíveis no idoso também está relacionado à omissão desta problemática nas campanhas educativas de prevenção. Desta forma, o idoso acaba não sendo contemplado (LAROQUE et al., 2011). Outro aspecto importante no que diz respeito à sexualidade dos idosos, sendo uma questão pouco enfatizada, são os paradigmas formados referentes à autopercepção, vista de maneira errônea na qual a sociedade e o próprio idoso centram-se em determinadas atribuições da pessoa idosa como algo inadmissível, baseando-se em mitos, tabus, levando tal questionamento a uma prerrogativa da possibilidade da manifestação de que a sexualidade é algo restrito, somente aos mais jovens (VIANA et al., 2010). Formulado a partir da ideia que os idosos não são pessoas atraentes fisicamente, não tem interesse por sexo e que são incapazes de sentir algum desejo sexual, ao considerarem a velhice um estado de doença e de incapacidade, que impede os idosos de pensar e até mesmo de ter uma vida sexual ativa. Sendo essa perspectiva incorreta gerada pela ausência de informações esclarecedoras referente ao assunto (FRUGOLI et al., 2011). Reforçando esse ponto de vista, muitos idosos ficam envergonhados ao conversar sobre sua sexualidade por medo de serem mal interpretados em relação à sua moralidade, aceitando de forma pessimista a sua vida

sexual, reflexo do preconceito construído durante as etapas da vida, de que a sexualidade está restrita ao sexo, embora muitos idosos considerarem importante manter a sexualidade deixando de praticá-la, relacionando a idade com a perda da virilidade sexual e a diminuição da libido sexual (BASTOS et al., 2012). A auto-imagem influencia significativamente na sexualidade da pessoa idosa. Quando o idoso percebe a mudança física em seu corpo devido à idade, isso acaba por prejudicá-lo tornando menos ativo sexualmente, de modo que são incapazes de sentir algum estímulo e diminuindo o interesse sexual (VIANA et al., 2010). Em relação aos profissionais de saúde, percebe-se a falta de informação, preparo e segurança no atendimento de idosos, em dúvidas e questões a respeito da sexualidade, além do constrangimento ao abordar os idosos. A equipe de saúde possui a responsabilidade de transmitir confiança, conhecimento e segurança ao discutir a sexualidade para que esse público alvo continue a manter hábitos sexuais que vão desde um afago, carinho, abraço, beijo, ao contato físico, proporcionando um novo sentido a sexualidade em idosos, esclarecendo as várias dimensões da sexualidade, orientando os cuidados que devem ser tomados para possibilitar a satisfação individual e coletiva (ALENCAR et al., 2014). Assim, mostramos que também na velhice as pessoas podem ser produtivas, o que permite “transformar também o idoso comum, rompendo com os obsoletos estereótipos os quais eles muitas vezes têm contato. Dessa forma, eles vão se sentir estimulados a também procurarem aperfeiçoar suas relações interpessoais” (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007), proporcionando melhora na auto estima. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A sexualidade humana, principalmente no que engloba os idosos, é uma abordagem muito significativa e de grande relevância, porém muito pouco

enfatizada pela própria sociedade, devido à maneira errônea de ver essa questão, considerando que é sempre atribuído ao idoso a imagem de um indivíduo incapaz e impossibilitado de vivenciar determinadas experiências. Ressaltamos que a própria sociedade tem o papel de auxiliar na quebra desses tabus e mitos, a fim de aperfeiçoar e desmistificar uma visão preconceituosa e que impede o bem estar do idoso. A oferta de estudos que abordem os diversos aspectos que interferem na sexualidade do idoso e a visão multidimensional dos fatores influenciáveis na qualidade de vida desses, deve ser foco de análise para uma avaliação crítico-reflexiva sobre essa temática, para que possamos favorecer as discussões sobre os diversos temas que englobam a vida e saúde da pessoa idosa e contribuir de forma positiva na quebra de paradigmas.

VIVÊNCIAS NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: FORMAÇÃO ACADÊMICA E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Aline Missel, Gustavo Roese Sanfelice

Palavras-chave: Deficiência física, Reabilitação, Humanização da saúde

A concretização de ações mais humanizadas e propostas de formação que contemple os aspectos inerentes à humanização dos serviços de saúde passam por diversos aspectos. Encontram-se desafios éticos relacionados aos ideais de humanização das práticas de saúde, de essencial relevância, uma vez que o processo de reabilitação de pessoas com deficiência física é sustentado por princípios como a integralidade e inclusão social, dentre outros, demandando a revisão das práticas cotidianas, de modo a promover a cidadania desses indivíduos. Pelo que foi exposto, pensar coerentemente o contexto de implicações, valores e relações

entre pacientes e equipe profissional é o que serve de fundamento ou direcionamento para o trabalho adequado e de qualidade. Da mesma forma que a pessoa com deficiência física vive situações de incerteza em relação às suas próprias limitações, o mesmo ocorre com o profissional de saúde envolvido em sua reabilitação, pois o mesmo tem de descobrir quais são as necessidades individuais relevantes, procurando sempre valorizar as potencialidades do indivíduo. Na tentativa de compreender as atuações dos profissionais de saúde em relação à atenção humanizada de pessoas com deficiência física, é que levou ao desenvolvimento dessa pesquisa, que consiste em analisar e interpretar os discursos e as práticas de profissionais que atuam em instituições de reabilitação. A pesquisa utilizou discursos, ações diárias e da convivência, para verificar como esses profissionais de saúde entendem e percebem as questões relacionadas à atenção humanizada, como também, identificar as contribuições da formação acadêmica na aquisição de conhecimentos nessa temática. O presente estudo é um recorte da dissertação para a obtenção do título de Mestre em Diversidade Cultural e Inclusão Social pela Universidade FEEVALE/RS, caracteriza-se como qualitativo e descritivo, tendo como objetivo investigar as percepções e as atuações de profissionais da área da saúde nos aspectos relacionados à inclusão social, humanização da saúde e formação acadêmica. O estudo foi executado em duas (2) instituições de reabilitação do município de Porto Alegre/RS e o período de coleta de dados foi de 07 de junho a 20 de agosto de 2013. Para tanto, a amostra foi constituída de seis profissionais, sendo dois médicos, dois fisioterapeutas e dois fonoaudiólogos. Foram submetidos a entrevistas semiestruturadas e observações de atendimentos, permitindo atuação sobre uma variedade de evidências em condições contextuais de reputação do processo.

Foram observados quatro atendimentos de cada profissional, de pacientes que apresentam algum tipo de deficiência física, associada ou não à deficiência intelectual, não importando a idade e o sexo. Tendo em vista a relevância dos aspectos éticos que devem permear todo o processo de pesquisa científica, o projeto da dissertação foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) imediatamente após a aprovação pela banca qualificadora, a fim de analisar os aspectos éticos envolvidos (Plataforma Brasil protocolo de número 15725913.8.0000.5348). Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que resultou em três categorias: Aspectos sociais do sujeito; Atuação e conhecimento em relação à inclusão social e formação; e A concepção de humanização da saúde. Na interpretação das informações, ficou explícito que os profissionais percebem “o paciente” como um sujeito envolvido por fatores socioculturais e que determinam todas as ações e reações no processo saúde-doença. Mas em alguns casos, na prática, essas percepções não se concretizaram, onde “o paciente” apareceu como um “corpo-objeto” fragmentado e submisso à manipulação. As práticas em saúde passam a ser questionadas por apresentarem-se mais objetivas e dispendiosas com a adoção das tecnologias modernas e, ao mesmo tempo, muito pouco humanizadas. Um dos principais fatores mencionados é a formação eminentemente tecnicista do profissional de saúde, sentindo-se inseguro e despreparado para uma prática mais ampliada e humanizada. Em consenso, os profissionais citaram que não receberam informações durante as suas formações acadêmicas, tanto teórica como prática, sobre atenção humanizada. Situação preocupante, onde o processo de formação profissional deve ser uma construção baseada no desenvolvimento de conhecimentos, ideias e de valores determinados não apenas

pelo setor acadêmico, mas econômicos, políticos, sociais e culturais. Amorim, Moreira e Carraro (2001) chamam a atenção para o paradigma predominante na formação dos profissionais de saúde voltado para o modelo biológico que dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e interfere na compreensão do processo saúde-doença. Os autores sugerem uma revisão nos programas de formação dos profissionais de saúde, ressaltando que não se pode mais aceitar o bom desempenho técnico sem que o mesmo esteja vinculado à cidadania e à ampla visão da realidade no contexto em que vão atuar. Para Vilela e Mendes (2003), é fundamental que a universidade tenha responsabilidade social na formação dos seus alunos, assim como trabalhar os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade no atendimento. Para um resultado de grande relevância em relação às mudanças necessárias na estruturação da formação acadêmica, a teoria associada à realidade social dos sujeitos envolvidos é o que determinará a qualidade das ações em saúde. Somente partindo desta perspectiva é que os docentes terão condições profissionais e pessoais para transmitir conhecimentos técnicos associados à atuação humanizada. É importante para a efetivação destas propostas, uma formação acadêmica em que estes princípios sejam considerados e, mais que isso, que estes pressupostos sejam protagonistas no processo de formação profissional, juntamente com as questões técnicas. É essencial que haja equilíbrio entre a capacitação científica e a formação humanística, que privilegie uma visão abrangente e multifatorial de saúde, bem como a sensibilidade no processo de lidar com a realidade psicossocial das pessoas com deficiência física em processo de reabilitação. No caso das instituições pesquisadas, constatou-se que as questões de acessibilidade e a utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estão

intimamente ligadas à inclusão social e ao processo de reabilitação. Demonstrando claramente que a inclusão social de pessoas com deficiência física depende de vários setores interconectados, onde o papel da formação acadêmica e de efetivas políticas públicas em relação à saúde e a acessibilidade são fundamentais. No entanto, existem avanços importantes em relação a políticas públicas e legislação nesses setores, mas há a falta de eficiência e eficácia dos mesmos. Sendo um dos motivos, a carência em capacitação sociocultural e humanizada dos profissionais envolvidos nas práticas em saúde. Este estudo retrata a complexidade da reabilitação de pessoas com deficiência física, que agregam elementos essenciais ligados à saúde, educação, acessibilidade e cidadania. Espera-se que a pesquisa traga subsídios empíricos e teóricos para discutir o processo de inclusão social no âmbito da reabilitação, onde as práticas em saúde têm ocupado lugar de destaque nas atuais propostas para a construção de atuações humanizadas, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso.

VULNERABILIDADE AO USO DE TABACO ENTRE ACADÊMICOS, DE CURSOS DAS ÁREAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E BIOLÓGICA, DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL

Shayane Luiza Rebelatto, Greice Cristine Schneider, Lucimare Ferraz

Palavras-chave: Uso de tabaco, Estudantes, Prevalência

APRESENTAÇÃO: O tabagismo, é considerado uma dependência química decorrente do uso de substâncias psicoativas. Também acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras. Considerado um

dos principais fatores de risco para mais de 50 outras doenças, destacando-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas¹. **OBJETIVOS:** O objetivo desse estudo foi analisar a dinâmica do uso de tabaco entre acadêmicos, de cursos das áreas de ciências humanas, exatas e biológica, de uma universidade do Sul. **METODOLOGIA:** O estudo caracteriza-se por uma pesquisa documental, de caráter exploratório-descritivo com delineamento de um estudo transversal. A população do estudo foi composta por 282 acadêmicos dos cursos das áreas do conhecimento: saúde, humanas e exatas. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário estruturado e as informações necessárias para contemplar os objetivos foram obtidas por meio da aplicação de um questionário elaborado com bases nos instrumentos de coleta e já utilizados em estudos brasileiros. Os dados tiveram análise por meio de técnica descritiva. **RESULTADOS:** Segundo a entrevista realizada com acadêmicos dos cursos de medicina, direito e engenharia, 25,2% deles, relatam já terem utilizado tabaco alguma vez na vida. E de acordo com esses dados, os cursos de medicina e direito apresentaram uma prevalência semelhante, de 51,5% no curso de medicina e 50% no curso de direito, o que os difere do curso de engenharia em que apenas 38,5% dos acadêmicos já tenham experimentado tabaco uma vez na vida. Na mesma direção, quando os universitários são questionados com a frequência com que utilizam o tabaco 3,8% dos acadêmicos do curso de engenharia relatam fazer uso diariamente ou quase todos os dias, enquanto que no curso de medicina nenhum estudante relatou consumir tabaco de forma diária. De acordo com o sexo dos indivíduos entrevistados houve uma diferença significativa entre homens e mulheres em relação ao uso do tabaco. O sexo feminino relatou que 36,4% já experimentaram tabaco uma vez na

vida, enquanto que no sexo masculino esse índice foi de 56,2%. Em relação a frequência com que faziam uso de tal substância, 10,2 % dos entrevistados relataram utilizar tabaco uma ou duas vezes. Já o consumo semanal ou diário do tabaco novamente apresentou uma prevalência maior para o sexo masculino que teve índices de 4,7% e 3,1% respectivamente, enquanto que no sexo feminino esses números de 1,9% e 1,3%. Referindo-se ao semestre em que estavam cursando a faculdade, 54,8 (n=155) dos entrevistados nunca experimentaram tabaco na vida. E dentre os que consumiam a maior prevalência foi o uso de uma ou duas vezes na vida, em que 12% , 11,4% e 6,9% dos acadêmicos do primeiro, terceiro e último ano respectivamente utilizaram tabaco. Diariamente ou quase todos os dias, apenas 6 (2,1%) acadêmicos referiram que fazem uso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevalência do tabaco não apresentou-se elevada, porém levando-se em consideração todos os malefícios que o tabaco causa no organismo, evidencia-se a necessidade de prevenção ao uso entre os acadêmicos e sugere-se a necessidade de políticas de intervenção no meio acadêmico.

Relatos de Experiências

“CONSTRUINDO PONTES ENTRE A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E A GESTÃO EM SAÚDE”: CONTRIBUIÇÕES DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Uliana Pontes, Kessiane dos Santos Vallerio, Lara Luiza Silva de Souza, Mariana Rodrigues Gramático, Paula Starling, Valeria Rossato, Jane de Carlos Santana Capelli

Palavras-chave: Comunicação e Divulgação Científica, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando a imensa produção e oferta de conhecimentos sobre saúde e ciência e o cenário de implantação de campus de interiorização da UFRJ, mostrou-se oportuna a criação, em janeiro de 2010, do projeto de extensão “Construindo Pontes entre a Evidência Científica e a Gestão em Saúde”, cuja proposta é sensibilizar e capacitar gestores, usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros atores sociais para uso ético e crítico do conhecimento científico em saúde. Composto por equipe multidisciplinar, que envolve docentes e graduandos de diferentes cursos oferecidos no campus e alunos de Ensino Médio, o “Construindo Pontes” desenvolve diversas estratégias para aproximar a produção acadêmica das demandas sociais, além de colaborar com a formação profissional por meio de sua inserção em disciplinas eletivas e obrigatórias, dentre outras ações. O objetivo deste trabalho é relatar principais resultados do projeto. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O “Construindo Pontes” iniciou-se em 2010 com oficinas de busca e uso de informação nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) macaenses, das quais participaram equipes de saúde e membros do projeto. Em 2011, passou a ofertar vagas aos estudantes de Medicina para Iniciação Científica (IC), fortalecendo a articulação extensão-pesquisa. No âmbito extensão-ensino, atividades do projeto passaram a ser desenvolvidas e ofertadas dentro de disciplinas obrigatórias, pontualmente. Lançou uma página na internet, voltada para divulgar eventos e experiências em Divulgação Científica em saúde, além da agenda própria, em 2012. Ainda em 2012, promoveu o 1^a encontro anual “Saúde, Mídia e Informação” (SMI), que agrega estudantes e profissionais de Saúde, Educação e Comunicação e já está na 4^a edição. A programação do SMI traz palestrantes convidados e sessões

orais onde autores submetem trabalhos científicos e relatos de experiência sobre divulgação científica em saúde. As melhores submissões recebem menção honrosa. No biênio 2012-2014, o projeto inseriu-se no ProSaúde PET, trabalhando uso de informação e cuidado de pessoas com diabetes ou hipertensão em ESF locais. Ampliou parcerias em 2013, inserindo-se em escolas públicas e privadas da região, desenvolvendo materiais educativos e jogos didáticos que contribuem para o ensino e a divulgação de ciências. Também em 2013, recebeu menção honrosa na Semana de Integração Acadêmica do campus pelo jogo didático desenvolvido por aluno de Ensino Médio, com a colaboração de um graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas. Em 2014, iniciou os encontros “Curta com a Gente” (Curta), onde vídeos curtos estimulam debates de temas atuais em Saúde, Ciência e Sociedade; destaca-se a participação de alunos de áreas, como Direito e Engenharia, interessados em discutir temas como sexismo e inclusão de pessoas com necessidades especiais. A página na internet, os “Curta” e a edição anual do SMI foram as principais atividades extensionistas do projeto em 2015, que também manteve a articulação pesquisa e extensão ao longo do ano, por meio da participação de alunos de IC e de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Até o momento, os grandes entraves para o projeto, que dificultaram cumprimento de algumas metas, foram os recursos financeiros e estruturais limitados; as greves universitárias, que alteram o calendário acadêmico e, conseqüentemente, a disponibilidade de compatibilizar a agenda dos graduandos com a dos parceiros locais; e mudanças na gestão municipal da Saúde, que provocaram mudanças nas equipes que já tinham consolidada a parceria com o projeto. **RESULTADOS:** Ao longo de sua existência, o “Construindo Pontes” recebeu

em sua equipe graduandos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Licenciatura em Ciências Biológicas, Medicina e Nutrição, contribuindo para que estes graduandos tivessem experiências de trabalho em equipe multidisciplinar. Logrou êxito no envolvimento de diversos dispositivos e atores sociais em suas atividades: ESF, escolas públicas e particulares de ensino fundamental e médio e seus corpos sociais. Este intercâmbio de experiências e conhecimentos permitiu aprimorar tanto a formação dos graduandos, que puderam conhecer diferentes realidades de busca, validação e uso de conhecimento científico para o cuidado em saúde, quanto para a formação continuada dos profissionais de saúde e educação das entidades parceiras. Gerou a produção de Iniciação Científica de dez acadêmicos de Medicina e do TCC de uma acadêmica de Enfermagem; tais trabalhos abordaram diversos temas transversais às questões de saúde, mídia e sociedade: consumo, propaganda e infância; uso de informação para prevenção e cuidado de pessoas com doenças crônicas; imagem profissional, status, poder e mídia; contribuições de revistas semanais de informação na divulgação de assuntos relacionados à saúde; dentre outros. Ao colaborar com disciplinas eletivas e obrigatórias dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Licenciatura em Ciências Biológicas, Medicina e Nutrição, ainda que de forma pontual, pôde também oferecer as perspectivas da divulgação científica e da pesquisa em saúde para os estudantes destas turmas, lembrando que a divulgação científica ainda é tema pouco explorado nos currículos universitários brasileiros, embora a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde proponha estimular os profissionais de saúde a colaborarem e se beneficiarem de ações de difusão da ciência. As principais metas para o biênio 2016/2017 são: aprimorar a