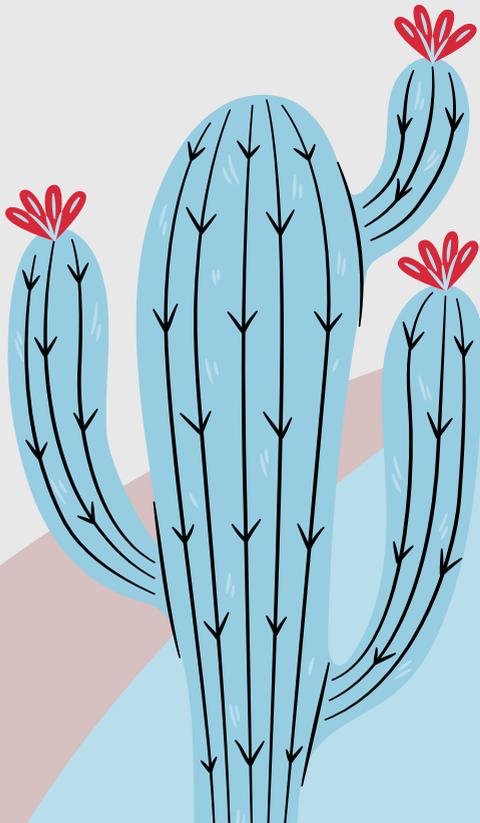
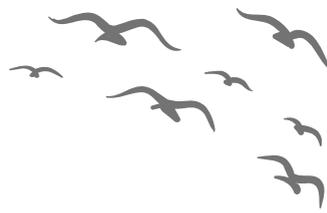




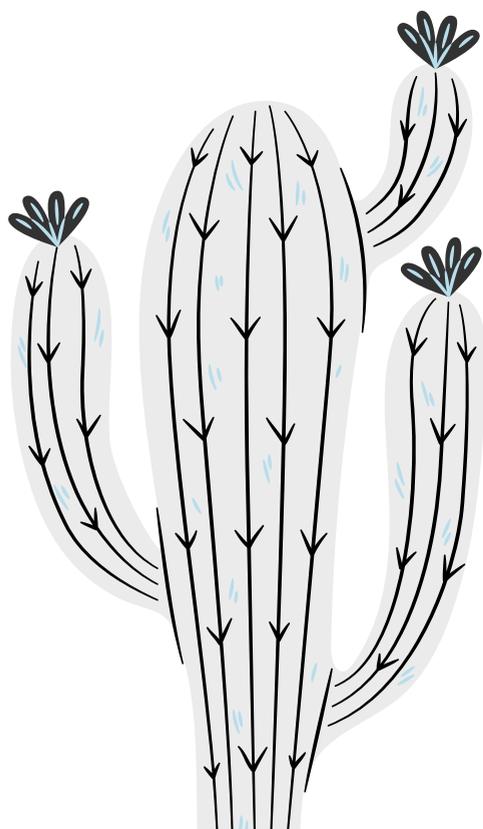
**Práticas
colaborativas
Experiências
interprofissionais**
Na formação e no trabalho em saúde



Fillipe de Oliveira Pereira
Gracielle Malheiro dos Santos
Organizadores



**Práticas
colaborativas
Experiências
interprofissionais**
Na formação e no trabalho em saúde



**Fillipe de Oliveira Pereira
Gracielle Malheiro dos Santos**
Organizadores



Primeira edição publicada em 2021 por Insecta
Copyright© Fillipe Pereira e Gracielle Santos

Editor-chefe
Sávio Gomes

Revisão
Os organizadores

Diagramação e ilustração da capa
Sávio Gomes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica feita pelo editor

P436p Pereira, Fillipe; Santos, Gracielle (org)
Práticas colaborativas e experiências interprofissionais
na formação e no trabalho em saúde [recurso eletrônico
] / Pereira, Fillipe; Santos, Gracielle (org). - 1. ed. Natal, RN:
Insecta Editora, 2021. 330 p.; PDF.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-00-18156-2 (e-book)
ISBN 978-65-00-18933-9 (impresso)

1. Interprofissionalidade. 2. PET-Saúde. 3. Formação.I.Título.

CDD 614

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa do editor e dos autores.

Insecta Editora

Natal, Rio Grande do Norte - Brasil

AUTORES

Acácia Barros Fernandes Dutra. Assistente Social do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Nova Floresta. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba. E-mail: acaciacamponesa@gmail.com

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tófoli. Coordenação da Rede Escola SUSPB no CEFOR-RH/SES-PB. Especialista em Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ) e Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde (UFRGS). E-mail: dricamacedotofoli@gmail.com

Allan Flávio Nascimento. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: allanflavio65@gmail.com

Allana Petrucia Medeiros de Miranda. Integrante do Projeto PET- Saúde Interprofissionalidade. Graduanda em enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: allanapetrucia@gmail.com

Allany Kaline Nascimento Gomes. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: allanykaline@hotmail.com

Alynnne Mendonça Saraiva Nagashima. Enfermeira pela Universidade Estadual da Paraíba(UEPB). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará; (UECE). Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFPB. Terapeuta Comunitária e Contoterapeuta. Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: alynnms@hotmail.com

Ana Alice Domingos Pontes. Graduanda em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: anaalice5430@gmail.com

Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos Jordão. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade – Unidade Acadêmica de Medicina Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus Campina Grande. E-mail: janainajeanine@yahoo.com.br

Ana Letícia Alves de Carvalho. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde

Interprofissionalidade. E-mail: leticia.a.c.11@hotmail.com

Ana Letícia Holanda Cavalcanti. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: analeticia_137@hotmail.com

Ana Lívia de Souza Barbosa. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: analiviabjs@gmail.com

Ana Luiza Marinho Leite. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: analuizamarinholeite@gmail.com

Ana Marcela Silva Ferreira. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus Cuité, Paraíba. E-mail: anamarcelasf@gmail.com

Ana Paula Melo da Silva. Integrante do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional. Graduanda em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: paula.melo@estudante.ufcg.edu.br

Anderson Noberto da Silva. Estudante do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: andersonsilvacg.as@gmail.com

Andresa Casado de Lima. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda em Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: andresacasadozr98@gmail.com

Andressa Pereira Albuquerque. Fisioterapeuta, Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba, Preceptoria do PET Saúde Interprofissionalidade-Campina Grande Paraíba. E-mail: andressafisio.alb@hotmail.com

Angélica Lira Araújo. Preceptora do PET- Saúde Interprofissionalidade..Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité-Paraíba. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial II de Cuité PB. em Cuité, Paraíba. E-mail: decalira1905@gmail.com

Bárbara Belmiro Lucas. Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande. Farmacêutica Responsável Técnica pela Farmácia Básica de

Cuité-PB. Preceptora PET-Saúde em Cuité, Paraíba. E-mail: barbara_belmiro@hotmail.com

Caio Eduardo de Araujo Farias. Psicólogo pela Universidade Estadual da Paraíba. Psicólogo clínico e trabalhador do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família NASF em Nova Floresta. Preceptor do PET-Saúde Interprofissionalidade (2019/2020) em Nova Floresta, Paraíba. E-mail: caioeduardoaraujo@hotmail.com

Camila Gonçalves de Queiroz. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: milapsicologia2017@gmail.com

Cândida Mirna de Souza Alves Alencar. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Nova Floresta. Preceptora do PET- Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta, Paraíba. E-mail: candidamirna@hotmail.com

Caíla Carolieva Fernandes Ferreira. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em enfermagem do trabalho, nefrologia, urgência e emergência e gestão em saúde. Pós graduanda em Saúde Coletiva. Preceptora do Pet-Saúde Interprofissionalidade (2019/2020). E-mail: cayla.carolieva@hotmail.com

Cinthia Caroline Alves Marques. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós graduanda em Urgência, Emergência e UTI. Enfermeira da Atenção Primária em Saúde na cidade de Cuité. Preceptora PET-Saúde em Cuité, Paraíba. E-mail: cinthia.alves5@gmail.com

Clara de Jesus Moraes. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: clarajesus@gmail.com

Cláudia de Lima Rodrigues. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: claudialrouds@gmail.com

Claudia Santos Martiniano. Docente no curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (CCBS-UEPB). Campus I - Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade - Projeto 71. Campina Grande, Paraíba. E-mail: profaclusiamartiniano@gmail.com

Cristiane Falcão de Almeida. Médica, Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora Aparecida, Preceptora do PET -Saúde Interprofissionalidade-Campina Grande. Paraíba. E-mail: cristiane.falcao@gmail.com

Daniel Martins da Gama Leite Mascena. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: danielmg12@gmail.com

David Bruno Melo Araújo. Membro do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional. Graduando em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: david-dbruno@outlook.com

Débora de Souza Lucena. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: deborasouza22@gmail.com

Deborah Dornellas Ramos. Psicóloga. Docente no Centro do Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Cuité. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba. E-mail: deborahdornellas@gmail.com

Diego Bonfada. Docente do curso de medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM - UFRN). Assessor do PET-Interprofissionalidade - OPAS/MS. E-mail: diegobonfada@hotmail.com

Edna Araújo Dantas. Pedagoga do Centro de Atenção Psicossocial II de Cuité, Paraíba. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: edinaaraujo.731@gmail.com

Eliada Alves de Lyra. Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Rosa Mística em Campina Grande - PB. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: eliadaalves10@gmail.com

Emanuele Mayara de Souza Bastos. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Biologia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: emanuelebastos9@gmail.com

Emerson Batista de Souto. Técnico em Refrigeração e Climatização. Membro do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional. Graduando em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: emerson.souto2@gmail.com

Eudes Eusler de Souza Lucena. Docente do curso de medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM - UFRN). Assessor do PET-Interprofissionalidade - OPAS/MS. E-mail: eudeseuler@hotmail.com

Evandro Rogerio da Silva. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade.

Graduando de Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus Cuité, Paraíba. E-mail: evandroquimicapura@gmail.com

Evanêz de Almeida Silva Bizerra. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande. Preceptora do PET – Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail: evanezalmeida@hotmail.com

Fabíola Pâmella Batista da Silva. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: fabiolabatistapsi@gmail.com@gmail.com

Fillipe de Oliveira Pereira. Docente do curso de Nutrição Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Cuité. Tutor no PET-Saúde Interprofissionalidade. Cuité. Paraíba E-mail: fillipe.oliveira@professor.ufcg.edu.br

Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal. Docente no curso de Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Cuité. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba..E-mail: franfspascoal@gmail.com

Francinalva Dantas de Medeiros. Docente no curso de Farmácia. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Cuité. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba. E-mail: francinalvamedeiros@gmail.com

Gabriel de Oliveira Gonçalves. Estudante do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: gabrieldeoliveirag@yahoo.com.br

Gabriela Lucas Pedro de Lucena Bezerra. Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Campina Grande. Nutricionista do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF em Nova Floresta. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade (2019/2020) em Nova Floresta, Paraíba. E-mail: lucena.gabi@hotmail.com

Gabriela Stéfany Alves de Lima Araújo. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: gabrielasalveslima@gmail.com

Gabrielli Soares Lima. Integrante do projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: gabriellisoares-lima1@gmail.com.

Gisetti Corina Gomes Brandão. Docente no curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Campina Grande. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail:gisettibrandao@gmail.com

Gislaynne da Silva Barbosa. Apoiadora Institucional do CEFORH/ SES-PB na 5ª Região de Saúde, Nutricionista (UFCG). E-mail: gislaynne.piu@gmail.com

Gracielle Malheiro dos Santos. Coordenadora Geral Local do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Professora do curso de graduação de Nutrição. Da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde na Unidade Acadêmica de Saúde, Campus de Cuité, Paraíba. Formada em nutrição e psicologia. Mestre em Saúde de Pública. Doutoranda em Psicologia Clínica na Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional (GPTI). E-mail: granut@gmail.com

Idrys Henrique Leite Guedes. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: idryshlg@gmail.com

Iris Gabriely Lira de Santana. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: gaby.irissantana@gmail.com

Isis Giselle Medeiros da Costa. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós graduanda em Enfermagem obstétrica. Enfermeira plantonista no Hospital Municipal de Cuité - PB. Preceptora PET- Saúde em Cuité - PB. E- mail: isis-costta@hotmail.com

Izayana Pereira Feitosa. Psicóloga e Docente nos cursos de saúde. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Cuité. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba. E-mail: izayanafeitosa@gmail.com

Jaciline Bezerra de Aguiar. Apoiadora Institucional do CEFOR/RH - SES-PB com 3º, 15º e 16º Região de Saúde, na 3º Gerência. Especialista em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado (UFPB). Psicóloga (UEPB). E-mail: aguiarbalves@hotmail.com

Jessica Lima Costa. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde - campus Cuité - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: jehlcosta@outlook.com

Joana Larissa Vicente da Silva. Graduanda em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde - campus

Cuité - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: ll-
vicente27@gmail.com

Johatan Willian Melo Pereira. Fisioterapeuta. Núcleo de Apoio ao Saúde na Família (NASF). Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade-Campina Grande Paraíba. E-mail: johatanmelo@gmail.com

Joselma Ferreira Gaião Medeiros de Araújo. Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Campina Grande. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail:joselmagaiao@yahoo.com.br

Juliana e Silva de Oliveira. Professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, da Unidade Acadêmica de Direito, Campus de Sousa, Paraíba. Formada em Psicologia. Mestre em Psicologia. Doutoranda em Psicologia Clínica na Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Grupo de Estudos Marxistas em Serviço Social (GPEMSS). Membro colaboradora do Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas (NUD) da Unidade de Psicologia - UFCG. E-mail: juliana.silva@professor.ufcg.edu.br

Juliane Berenguer de Souza Peixoto. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: julibspeixoto@yahoo.com.br

Kadígina Alves de Oliveira Chaves. Psicóloga do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Campina Grande. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail: kadigina@gmail.com

Klean Maria da Fonseca Azevedo Araújo. Docente no curso de Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade, Campina Grande, Paraíba. E-mail: kleanemaria@yahoo.com.br

Kleyton Klaus Guedes de Souza. Técnico em TI do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus de Cuité, Paraíba. Licenciado em Computação pela Universidade estadual da Paraíba. E-mail: kleyton.klaus@ufcg.edu.br

Lara Maria Alves de Carvalho. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: la3107228@gmail.com

Lauana Cristina Chaves Ferreira. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do

PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: lauanacrisferreira26@hotmail.com

Lauanna Giselly dos Santos Oliveira. Integrante do projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduada de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: lauannagiselly@outlook.com

Leandra Taline Pereira de Souza. Nutricionista da Unidade Básica de Saúde Benjamin B. da Silva (UBS Catingueira), preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. E-mail: leandratalinenutri@hotmail.com

Leandro Oliveira de Andrade. Docente do curso de Agroecologia. Universidade Estadual da Paraíba. Estudante do curso de Psicologia. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade, Campina Grande, Paraíba. E-mail: leandro.agroecologia@gmail.com

Leonídia Aparecida Pereira da Silva. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB). E-mail: leonidiapereira1@gmail.com

Lia Araujo Guabiraba. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: liaa.guabs@gmail.com

Lidiany Galdino Felix. Docente no curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Campus de Campina Grande. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail: lidigaldinofelix@gmail.com

Lívio Ian de Souza Cavalcante. Biólogo. Gestor de Saúde. Secretaria de Saúde Municipal de Nova Floresta. Preceptor do PET- Saúde Interprofissionalidade. Nova Floresta. Paraíba. E-mail: livioian@hotmail.com

Lauana Cristina Chaves Ferreira. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: lauanacrisferreira26@hotmail.com

Lucas Cardoso Pereira. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: ukascardoso40@gmail.com

Lucas Luan de Medeiros Santos. Integrante do projeto PET-Saúde

Interprofissionalidade. Graduanda de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus Cuité. Paraíba. E-mail: lucasluanlua@gmail.com

Luciana Maria Pereira de Sousa. Coordenação da Educação Permanente em Saúde no Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOP-RH/SES-PB). Mestre em Saúde Coletiva (UFRN). E-mail: lucianamaria_nutricao@hotmail.com

Luzibênia Leal de Oliveira. Tutora do PET-Saúde-Interprofissionalidade. Unidade Acadêmica de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus Campina Grande. E-mail: luzibenia@gmail.com.

Marcelo Antônio Nóbrega da Rocha. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduando de Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus Cuité, Paraíba. E-mail: marcelo-ghypsy@gmail.com

Maria de Magdala Almeida Vasconcelos. Assistente Social da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida, preceptora do (PET-Saúde-Interprofissionalidade) Campus Campina Grande. E-mail: magdalapbcg@gmail.com

Maria Giovana Alves Tito. Odontóloga. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Preceptora do PET Saúde Interprofissionalidade-Campina Grande Paraíba. E-mail:giovanatito@gmail.com

Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: marialeticia20151@hotmail.com

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento. Docente do curso de Psicologia. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Coordenadora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade, Campina Grande, Paraíba. E-mail: valquiriarn@yahoo.com.br

Maria Vívica Casado Marques. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade.. Graduanda em Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: vivian-casado@gmail.com

Marina Maria Adelino Ferreira. Membro do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional. Graduanda em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: mari-naferreiranutri@outlook.com

Maristela de Melo Moraes. Docente do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Tutora no PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: maristelammoraes@gmail.com

Monnalina dos Santos Costa. Preceptora do PET- Saúde Interprofissionalidade.. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité- Paraíba. Pós graduanda em Enfermagem Obstétrica. Coordenadora da Atenção Primária em Saúde em Cuité - Paraíba. E-mail: monnasantos@hotmail.com

Natália Fernandes do Nascimento. Apoiadora Institucional do CEFOR RH/SES-PB na 4ª Região de Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva (UFRN). Nutricionista (UFCG). E-mail: natalia.fdesn@gmail.com

Nathiane Thaís Silva. Graduanda em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: nathianet@gmail.com

Oswaldo Irineu Lopes de Araújo Costa. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: osirineu@hotmail.com

Patrícia Lima Araújo. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: patricialimaraujo@hotmail.com

Priscilla Maria de Castro Silva. Docente do curso de Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade, Campina Grande, Paraíba. E-mail: priscil-lamcs@hotmail.com

Priscylla Emylly Lacerda de Sousa. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus Campina Grande (CCBS-UFCG). Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: priscyllaemy@gmail.com

Rafaella Charllany Araújo de Menezes. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: rafaella-charllany27@gmail.com

Ramilton Marinho Costa. Doutor em Sociologia (2004), Mestre em Sociologia (1989), bacharel e licenciado em Ciências Sociais (1984); professor titular da Universidade Federal de Campina Grande; especialista em Hipnose Clínica (2016) e formação em Psicanálise Clínica (2020). Foi da equipe do Planexp, que elaborou

o projeto de expansão da UFCG (2005); participou da implantação e foi diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG (2006-2016); coordenador do Projeto Hypnos. E-mail: ramiltonm@gmail.com

Rayssa Nayara Venâncio Bezerra. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda de Biologia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: rayssa-bezerrav@gmail.com

Renally Cristine Cardoso Lucas. Odontóloga. Psicóloga. Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: renallylucas@gmail.com

Renata Rodrigues de Lima Silva. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBSUFCG) – Integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade- Campus Campina Grande. E-mail: renatarogues@gmail.com

Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas. Docente no curso de odontologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (CCBS-UEPB). Campus I - Campina Grande. Coordenadora do PET-Saúde Interprofissionalidade - Projeto 71. Campina Grande. Paraíba. E-mail: rilvaslucas@gmail.com

Rodrigo Antonio da S. Sales. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: rodrigoantonio321@gmail.com

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga. Docente do Curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Tutor do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: rodrigopfq@gmail.com

Romero Carneiro de Albuquerque. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: romero15.albuquerque@gmail.com

Sabrina Márcia Resende de Almeida Santos Cunha. Preceptora do PET-Saúde Interprofissionalidade em Cuité e Nova Floresta. Gerente Regional de Saúde da 4ªGRS/SES-PB. Pós- Graduada em Psicologia Hospitalar. Especialista em Rede de Atenção à Saúde. Psicóloga. E-mail: bina35cunha@gmail.com

Sarah Laís Silva de Freitas. Estudante do curso de Medicina no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: sarahlais13@gmail.com

Sarah Raquel Izidro Umbelino de Sousa. Estudante do curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande - PB. Estudante integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade. E-mail: sarah_igt@hotmail.com

Sebastião Giliard Oliveira Silva. Membro do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional. Graduando em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: sebastiao.giliard@estudante.ufcg.edu.br

Suenny Fonsêca de Oliveira. Docente no curso de Psicologia no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Campina Grande. Paraíba. E-mail: suennyfonseca@yahoo.com.br

Suzana Gabriely de Queiroz Bezerra. Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde - Campus Cuité, Paraíba. Integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade em Nova Floresta. E-mail: suzanaqueiroz@outlook.com

Tales Natan Freitas da Silva. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduando de Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: tales.freitas1@yahoo.com.br

Thais Nascimento Fernandes. Estudante do curso de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS-UFCG). Campus de Campina Grande. Estudante integrante do PET-Saúde-Interprofissionalidade. E-mail: thaisnascimento897@gmail.com

Thaissa Machado Vasconcelos. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Psicóloga em Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Leneide Farias Pereira. Cuité /PB. Preceptora PET-Saúde Interprofissionalidade em Cuité. E-mail: thaissamachadov@gmail.com

Thays Cristina de Sousa. Integrante do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Graduanda em Nutrição. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus de Cuité, Paraíba. E-mail: thaysrenan14@gmail.com

Waleska de Brito Nunes. Tutora do PET- Saúde Interprofissionalidade. Professora do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Campus de Cuité, Paraíba. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: waleska.ufcg@outlook.com

SUMÁRIO

Prefácio	18
Apresentação	22
FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL	
1 Experiências dos PET- Saúde Interprofissionalidade em Campina Grande e Cuité na Paraíba: reflexões para a formação em saúde	26
2 Práticas Integrativas e Complementares Grupais e a Educação Popular na Formação Interprofissional em Saúde	55
3 A Educação Interprofissional e os desafios da formação e da prática: reflexões a partir do PET-Saúde Interprofissionalidade	78
RELATOS DE EXPERIÊNCIA	
4 Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a articulação com PET Saúde Interprofissionalidade: um relato de experiência macrorregional na Paraíba	94
5 Caracterização da rede de saúde do município de Cuité na Paraíba e as ações diante do coronavírus	113
6 Diagnóstico Situacional e Educação Interprofissional: desafios e potencialidades na experiência prática	137
7 Estratégias metodológicas para a formação crítica e reflexiva no campo da saúde: uma experiência de territorialização	149
8 Caracterização do território de uma Unidade Básica de Saúde da Família do interior da Paraíba	160

9 Promoção da Saúde mental em tempos de COVID-19: vivências do PET-Saúde Interprofissionalidade	181
10 Educação Popular em Saúde, no contexto do PET-Saúde Interprofissionalidade: a saúde começa com um sorriso	196
11 Prevenção e combate ao aedes aegypti no CAPS-II da cidade de Cuité, Paraíba	211
12 Práticas integrativas no PET SAÚDE: relato de experiência a partir da interprofissionalidade	223
13 Formação Acadêmica e Educação permanente à luz da Interprofissionalidade: um relato de experiência	235
14 O processo de trabalho nas equipes da Atenção Básica: a interprofissionalidade em foco nas ações de educação em saúde	254
15 Uma experiência de vida e formação: as Vivências Rurais, Estágio Supervisionado e o PET – Saúde Interprofissionalidade	278
16 Mídias sociais: experiência de construção de vínculo com os usuários da atenção básica em tempos de pandemia	299
17 Relato de experiência no uso e na produção de tecnologias da informação e comunicação no PET-Saúde Interprofissionalidade	309

PREFÁCIO

Inicialmente é oportuno valorizar a iniciativa da Equipe sob a Coordenação da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Educação e Saúde no Campus de Cuité, na Paraíba, a frente, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET-Saúde, com tema Interprofissionalidade na organização desse E-book.

O material reúne experiências dos PET-Saúde Interprofissionalidade realizados nas cidades de Cuité, Nova Floresta e Campina Grande nos anos de 2019 e 2021 em um esforço em consolidar e aglutinar de esforços de diferentes atores e instituições, no sentido de expor suas experiências no contexto da educação interprofissional. As experiências aqui relatadas demonstram o quanto essas equipes que envolvem dois centros de ensino público da Universidade Federal de Campina Grande o Centro de Educação e Saúde-Campus de Cuité e o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- Campus de Campina Grande fizeram acontecer!

A iniciativa da educação pelo trabalho, ou como alguns preferem, pelo processo ensino-serviço, nos remete às experiências relativamente antigas dos artífices/ artesãos em que o “mestre” é acompanhado por seus “discípulos” no que o primeiro sabe melhor fazer, e o segundo aprende na observação do fazer daquele que melhor pratica.

Este livro está direcionado para quem o lê, compreender como as ações de educação interprofissionais potencializam o processo de aprendizagem e podem ser utilizadas como uma ferramenta pedagógica no processo da formação e aperfeiçoamento, particularmente no campo da saúde coletiva. Nesse contexto cabe destacar que esse campo traz em sua essência um cenário de complexidades e incertezas, dada sua característica multifacetada e multifatorial; o que por si só prescinde de uma abordagem mais ampla na sua intervenção. É neste contexto que se inserem as experiências desse livro.

Esta iniciativa vem ao encontro de algumas inquietações no processo de formação de profissionais da saúde, que é o distanciamento entre o saber e o fazer. Neste caso, o PET-Saúde Interprofissionalidade permite fundir essas duas vertentes numa só; indo mais além por considerar o fazer como base de construção do saber. Isto remete a outro ponto a destacar é a questão sempre perene discutida no processo de formação, da distância entre a teoria e a prática. Não cabe nesta ocasião defender as diferentes análises sobre os pontos de vistas desses dois aspectos inerentes no processo de ensino-aprendizagem; mas há que reconhecermos que algo precisa ser feito para servir de ponte entre esses dois aspectos importantes, tendo em vista uma formação significativa.

Essa questão se faz presente quando se analisa o contexto das práticas em saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. Novamente aqui fica evidente que essa prática, ou melhor dizendo, o processo de formação, não pode deixar de

perceber o processo saúde/doença apenas em uma de suas dimensões, deixando claro a característica já dimensionada de multifatorialidade, e a necessidade de compreender o campo da saúde em sua dimensão social.

De modo geral, o processo de formação vigente da área da saúde passa por uma redefinição em suas diretrizes básicas; pois que saímos de um processo de formação cartorial, por meio de “grades” curriculares centradas no processo de acúmulos de informações para o conhecimento, e estamos vivenciando um outro processo de aprender fazendo, considerando, neste último, o contexto da realidade, os determinantes sociais em que os fatores ocorrem e por são influenciados. Defendemos a ideia de que é neste modo de formação que o sujeito, profissional de saúde, incorpora a realidade em que atua e porque não dizer a sua própria realidade. Esse caminhar de construção do conhecimento alcança mais eficazmente o que se designa como aprendizagem significativa.

Volto a lembrar que não estamos falando de algo inovador ou revolucionário no processo de ensino/aprendizagem. Mas temos que reconhecer que em algum momento histórico optamos por um caminho mais cômodo, mas que não conseguiu traduzir de forma adequada para os educandos as diferentes realidades em que os fatos ocorrem. Exemplo típico é quando analisamos processos de formação desenvolvidos por conteúdos curriculares teóricos, em comparação a processos em que permite inserir conteúdos práticos teóricos dialógicos.

Cabe aqui expor iniciativas pedagógicas que apontam nesta perspectiva, seja a experiência da Universidade Federal da Paraíba, Campus de João Pessoa/PB, que tem desenvolvido já deste os anos de 1980, por meio do “internato” de Estágio Rural Integrado (ERIP), atualmente redefinido para Estágio Regional Interprofissional em Saúde; e a experiência da Universidade Estadual de Campina Grande/PB, por meio do programa de Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI). Estas iniciativas já permitiam vislumbrar uma consolidação da aprendizagem por meio de práticas das diversas categorias profissionais de maneira integrada. Aqui é possível perceber que o PET-Saúde tem suas bases em algumas experiências já acumuladas.

Em se tratando de experiências nesse tipo de formação não é exagero fazer elogios à diversidade das ações realizadas nos municípios de Cuité, Nova Floresta e Campina Grande, na Paraíba. Estas experiências dialogam de diferentes formas com os espaços institucionais de formação e assistenciais fazendo um destaque para os aspectos das práticas interprofissionais no campo da saúde. Trazem reflexões sobre o processo vigente da formação em saúde; dialogam de forma construtiva com as redes de cuidado assistências; deixam claro em que situação sócio-sanitária o processo de formação é beneficiado na possibilidade do desenvolvimento de uma abordagem interprofissional.

Cabe destacar que realizar projetos dessa natureza reque um esforço concentrado por várias mãos, sob vários olhares, sempre focado na direção da qualidade da aprendizagem, por meio de outra via, que não só a de transmissão e

absorção de informações. É o fazer que faz a diferença. Este fazer envolve num mesmo prisma educador e educando, profissional e usuário, serviço e comunidade. Certamente a forma de pensar e de fazer daqueles que passam por essas experiências, se dá de maneira diferente e mais ampliada para compreender a realidade. Estamos aí no caminho de uma formação de um profissional de saúde mais qualificada para melhorar a sociedade e as pessoas.

É possível perceber que essas experiências alimentam o processo de formação no contexto de um sistema de saúde que possibilite a integralidade das práticas profissionais de saúde, focada numa ação colaborativa; buscando uma eficiência e eficácia no campo da saúde coletiva, envolvendo alunos, professores, usuários cidadãos, famílias e comunidades.

Compreendo assim que a educação interprofissional por meio de práticas colaborativas, enquanto iniciativa do processo de formação, permite capacitar os futuros profissionais de saúde para uma prática eficaz, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, como sendo a lógica mais adequada para alcançar esse objetivo.

É nesse contexto fértil que se delinea o que se conhece como “trabalho em equipe”, ou mesmo “equipe multiprofissional”, ou ainda “ação interdisciplinar”. Estes relatos destacam duas dimensões dos diferentes mecanismos em que a educação interprofissional possa ser implementada: uma dimensão educacional/pedagógica, focada no profissional/educador; e outra dimensão institucional curricular, focada nas políticas formadoras. Este livro traz uma orientação geral de como foi possível realizar diferentes experiências, sem perder de vista os contextos sócio-políticos locais.

O “aprendendo juntos a trabalhar juntos”, enseja a ideia da formação profissional mais centrada na complexidade dos problemas de saúde (seus aspectos sociais, políticos, econômicos, demográficos, epidemiológicos, etc.), o que requer desse profissional uma visão mais ampliada para o seu enfrentamento. Algo que os profissionais em si, sozinhos, não dão conta por completo. Isso requer uma forma inovadora de aprender a ver a realidade, tendo como perspectiva de si, dos outros, e para os outros.

Por fim, destaco ainda que é bom saber que estas iniciativas quando bem executadas, podem trazer diversos benefícios ao processo de formação profissional, à qualificação do processo de trabalho; e à satisfação dos usuários dos serviços de saúde. O que se pode medir sobre os avanços nessa área é que esta é uma prática inovadora não hegemônica no modelo de formação das diversas áreas profissionais da saúde; requer uma abordagem ampliada dos aspectos inerentes nesse tipo de formação e de processo de trabalho; mas que temos a percepção de que este caminho, uma vez trilhado, abrirá a mentalidade das pessoas, sejam elas, profissionais de saúde, gestores do trabalho/educação em saúde, e mesmo dos usuários.

Convido-os a apreciar a leitura deste livro como quem caminha por uma

PREFÁCIO

paisagem das serras paraibanas, que abram os olhares para os detalhes das paisagens, tanto de baixo para cima de quem vem chegando, como de baixo para cima de quem já está no alto e olha o vale a perder de vista. E se possível para aqueles que tem o privilégio de vivenciar in loco estes cenários, vai perceber que um mundo novo é possível de ser construído pela educação, e que apreender e ensinar pode se dá de maneira mais leve e com a emoção de saber fazer. É dar para si e para o outro o que temos de melhor.

Boa leitura.

João Pessoa/PB, 23 de fevereiro de 2021.

Prof. Dr. Roberto Teixeira de Lima

Nutricionista. Sanitarista. Pós-Graduado em Saúde Pública (UFPE/USP). Docente da Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/CCS/UFPB). Coordenador do Programa de Estágios em Saúde do Centro de Ciências da Saúde/UFPB. Tutor do Projeto PET-SAÚDE INTERPROFISIONALIDADE 2018-2021.

APRESENTAÇÃO

Este livro, “Práticas colaborativas & Experiências interprofissionais na formação e no trabalho em saúde”, trata-se de dezessete experiências que resgatam e registram ações e reflexões de estudantes, professores universitários, profissionais, gestores e técnicos da área da saúde, envolvidos direta ou indiretamente com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o tema Interprofissionalidade, realizados nas cidades de Cuité, Nova Floresta e Campina Grande, no Estado da Paraíba, entre abril de 2019 a abril de 2021.

A organização deste livro competiu ao projeto coordenado pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) pelo Centro de Educação e Saúde (CES), no Campus de Cuité, que realizou o projeto em parceria com as Secretarias de Saúde dos municípios de Cuité e de Nova Floresta, na Paraíba, e a 4.ª Gerência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Em parceria com os PET-Saúde, coordenados pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (UFCG-Campus de Campina Grande), bem como pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Essa trajetória dos PET-Saúde nessas cidades e a parceria entre os projetos, além do registro sistematizado dos objetivos, das ações e das reflexões dessas três instituições de ensino diante do histórico deste Programa é apresentado no **capítulo 1** “Experiências dos PET-Saúde Interprofissionalidade em Campina Grande e Cuité na Paraíba: reflexões para a formação em saúde”. Os autores foram coordenadores e tutores dos projetos na UFCG e na UEPB, bem como assessores técnicos envolvidos com o acompanhamento e monitoramento do programa no país pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde.

O **capítulo 2**, intitulado “Práticas Integrativas e Complementares Grupais e a Educação Popular na Formação Interprofissional em Saúde”, relata a experiência de formação em PIC’s e Metodologias Participativas realizadas no PET-Saúde/ Interprofissionalidade da UFCG/Campina Grande, como estratégia de cuidado e atenção integral à saúde na atenção básica, bem como as possibilidades de diálogo com a educação popular.

O **terceiro capítulo** “A Educação Interprofissional e os desafios da formação e da prática: reflexões a partir do PET-Saúde Interprofissionalidade” resgata, a partir de uma atividade proposta no Curso de Atualização Docente e Educação Interprofissional em Saúde, as reflexões de um grupo focal com integrantes do PET-Saúde sobre as concepções dos participantes dos aspectos centrais da definição de Educação Interprofissional, dos desafios e distanciamentos a essa prática.

Esses três capítulos apresentam os Projetos PET-Saúde de forma ampla e, ainda, dialogam com outros autores sobre a formação interprofissional. Os capítulos seguintes estão no espaço Relatos de Experiências, que trazem vivências e

ações em serviços específicos.

O **capítulo 4**, “Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a articulação com PET Saúde Interprofissionalidade: um relato de experiência macrorregional na Paraíba”, traz um regaste inédito desta comissão e apresenta a organização da regionalização de saúde até localizar a II Macrorregião de Saúde. A importância desse espaço de diálogo e de construção interinstitucional são traçados a partir da experiência de aproximação entre as instituições parceiras do PET-Saúde.

O diagnóstico situacional e a territorialização são os elementos norteadores para o planejamento, para a caracterização e organização em saúde nos serviços e para as ações dos Grupos Tutoriais (GT) realizados pelos integrantes do PET-Saúde e pelo Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional (GPTI). Os **capítulos 5, 6, 7 e 8** tratam dos seguintes conteúdos, respectivamente: a caracterização da rede de saúde do município de Cuité; desafios e potencialidades da realização de diagnóstico situacionais em unidades básicas de saúde em Campina Grande; percurso dos integrantes do PET-Saúde, por meio da territorialização de Unidade de Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com adultos e infanto-juvenil em Cuité; e da caracterização de uma unidade de saúde em Nova Floresta através de análise documental e pesquisa quantitativa.

O **capítulo nove**, intitulado “Promoção da Saúde mental em tempos de COVID-19: vivências do PET-Saúde Interprofissionalidade”, relata as atividades desenvolvidas por um Grupo Tutorial em Cuité antes e durante a pandemia da COVID-19. Da mesma forma, os capítulos subsequentes trazem temas importantes ao descrevem suas ações com temas cruciais à saúde coletiva, como no **capítulo dez**: “Educação Popular em Saúde, no contexto do PET-Saúde Interprofissionalidade: a saúde começa com um sorriso”, que traz reflexões de estudantes, profissionais e tutores. O **onze**, “Prevenção e combate ao aedes aegypti no CAPS-II da cidade de Cuité, Paraíba”, que trata da experiência de educação e promoção da saúde com reposicionamento dos usuários do CAPS na prevenção à dengue na cidade de Cuité.

Na sequência, o **capítulo doze** trata das Práticas Integrativas e Complementares realizadas em uma Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Nova Floresta. Este trabalho, “Práticas integrativas no PET SAÚDE: relato de experiência a partir da interprofissionalidade”, é um relato de experiência com a hipnoterapia e a reflexão podal feita por estudantes e tutores com profissionais de saúde e comunidade em diferentes ações e dentro do serviço de saúde.

Os **capítulos treze e quatorze**, “Formação Acadêmica e Educação permanente à luz da Interprofissionalidade: um relato de experiência” e “O processo de trabalho nas equipes da Atenção Básica: a interprofissionalidade em foco nas ações de educação em saúde” trazem dois relatos de experiência em Campina Grande, por diferentes Grupos Tutoriais, mas que se complementam por analisarem a dimensão da formação da prática profissional. O **capítulo treze**, por sua vez,

traz com muita sensibilidade poemas produzidos por cada segmento envolvido no PET-Saúde para analisar as contribuições da experiência interprofissional. O **capítulo quatorze**, por seu turno, realiza um estudo qualitativo-descritivo para identificar a interprofissionalidade no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, através do relato de ações de Educação em Saúde realizadas na Atenção Básica de Campina Grande, Paraíba.

O **texto quinze**, “Uma experiência de vida e formação: as Vivências Rurais, Estágio Supervisionado e o PET – Saúde Interprofissionalidade”, relata a experiência do projeto na cidade de Cuité, em parceria com Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, do curso de Nutrição, localizado na área rural e com atividades programadas em Unidade de Saúde, em escola e creche, em que todos os estudantes, independentemente do Grupo Tutorial, poderiam participar de ações de educação em saúde, promoção e prevenção de doenças.

Finalizando o livro, deparamo-nos com dois trabalhos que descrevem a inovação e a versatilidade dos projetos com o uso das Tecnologias da Comunicação e da Informação mediante o desafio instaurado com o Coronavírus (COVID-19) e a suspensão de atividade acadêmicas dentro dos serviços. As tecnologias mais diversas se tornaram estratégias para realizar as atividades junto à comunidade, manter os objetivos iniciais do PET-Saúde ligados à Educação Interprofissional e ao trabalho colaborativo. O capítulo **dezesesseis** traz a experiência com o PET-Saúde em campina Grande e, o **dezesete**, de Cuité e Nova Floresta.

Esperamos que o leitor encontre, em nossos capítulos, um convite ao diálogo e à reflexão

Gracielle Malheiro

PARTE I

FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL

EXPERIÊNCIAS DOS PET- SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE EM CAMPINA GRANDE E CUITÉ NA PARAÍBA: REFLEXÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Gracielle Malheiro dos Santos, Maria Valquíria Nogueira do Nascimento, Suenny Fonsêca de Oliveira, Rilva Suely de Castro Cardoso, Lucas, Eudes de Souza Lucena, Diego Bonfada, Cláudia Santos Martiniano

Resumo

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) é uma estratégia interministerial para fomentar mudanças na formação dos profissionais de saúde e promover assistência integral aos usuários do Sistema Único de Saúde. Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza editais desde 2008 para estimular a parceria entre a universidade e os serviços de saúde por meio da atuação de tutores (docentes), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, estando atualmente na sexta edição. Na Paraíba, quatro projetos foram aprovados e estão em execução do PET-Saúde na edição atual: Interprofissionalidade. As coordenações desses projetos foram todas ligadas às Instituições de Ensino Superior públicas: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Campina Grande com os campi de Campina Grande, pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) e pelo Centro de Educação e Saúde (CES) com sede em Cuité, bem como com a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Nesse capítulo são apresentados os projetos PET-Saúde Interprofissionalidade da UFCG-CCBS, UFCG-Cuité e UEPB com uma reflexão sobre as experiências dos projetos dialogando com as produções teóricas do tema. Diferentes objetivos e ações foram desenvolvidas pelos projetos, o que permitiu refletir sobre potencialidades e fragilidades ligadas à realização da Educação Interprofissional e das práticas colaborativas. A reorientação do trabalho em saúde está fortemente relacionada à adoção e/ou fortalecimento dos princípios da educação interprofissional e da colaboração: compartilhamento de metas e objetivos, parceria, equilíbrio de poderes, interdependência, identidade de equipe, melhoria do clima de equipe, processos de trabalho colaborativo e compartilhado, bem como atenção centrada no usuário. Observou-se que os três projetos contemplados na Paraíba pelo PET-Saúde Interprofissionalidades possibilitaram uma maior interação e colaboração no trabalho em equipe. No entanto, também foi constatado que existem dificuldades desde a formação dos profissionais e percebe-se certa predileção para práticas profissionais mais restritas a cada núcleo do saber o que, em alguma medida, compromete o efetivo trabalho interprofissional. Apesar dos desafios, de modo geral as ações do PET-Saúde têm ajudado a modificar as práticas profissionais e a melhorar a qualidade e resolutividade da assistência à saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

INTRODUÇÃO

Corroborando com a implementação de mudanças para a formação em saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) programa e organiza-se a partir de grupos de aprendizagem tutorial junto a Estratégia de

Saúde da Família para incentivar mudanças na formação em saúde, considerada uma estratégia indutora da transformação para a educação e, consequentemente, para os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). As edições anteriores foram sobre as temáticas de Saúde da Família - PET-Saúde/SF (2008-2009 e 2010-2012), Vigilância em Saúde - PET-Saúde/VS (2010-2012 e 2013-2014), Saúde Mental - PET-Saúde/SM (2010-2011), Redes de Atenção (2012-2014 e 2013-2015) e Graduações em Saúde - PET Saúde Gradua SUS (2016-2018) (SIGPET, 2018 apud Brasil, 2018).

Regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, o PET-Saúde possui ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, atendendo aos seus princípios e necessidades. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

Esse programa tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre setores do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS) e do Ministério da Educação (Secretaria de Educação Superior - SESu) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

No ano de 2018 foi lançado o edital do PET-Saúde Interprofissionalidade como uma iniciativa voltada para a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições de ensino. Estas promovem a Educação Interprofissional (EIP) e as práticas colaborativas em saúde, além de mudanças curriculares considerando estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade - defendendo o SUS - centradas nos usuários e na organização do trabalho em saúde de forma colaborativa, intersetorial e em rede, causando, assim, uma mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde. Seu edital foi o de nº 10, de 23 de julho de 2018 do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), publicado no Diário Oficial da União em 24 de julho de 2018, Edição 141, Seção 3.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Educação Interprofissional (EIP) pode ser definida como quando estudantes ou profissionais de dois ou mais cursos, ou núcleos profissionais, aprendem sobre os outros, com os outros e entre si (Araújo, Vasconcelos, Pessoa & Forte, 2017). Conceitualmente, esta difere da multiprofissional na forma de aprendizagem. Na EIP os alunos aprendem de forma interativa, entendendo sobre os papéis e conhecimentos das demais áreas; na educação multiprofissional, apesar das atividades educativas acontecerem em conjunto, a aprendizagem ocorre de forma paralela sem que haja obrigatoriamente

interação entre os personagens (Peduzzi, Norman, Germani, Silva & Souza, 2013).

Assim, o PET-Saúde Interprofissionalidade tem como pressupostos a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio do fomento de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito do fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Desta forma, o programa é um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde. Isso acontece por meio da vivência nos serviços públicos para a elaboração de novos desenhos, reflexão para o aprimoramento e promoção do cuidado em saúde, bem como, da iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) coadunando-se com as necessidades do SUS.

Entre seus objetivos estão a participação da análise democrática e participativa dos projetos pedagógicos dos cursos de saúde, para incentivar a adoção de estratégias metodológicas que levem ao desenvolvimento de competências comportamentais e que favoreçam a uma formação em saúde coerente com as necessidades de saúde da população; implementar ações práticas nos serviços públicos de saúde e outros equipamentos sociais objetivando a produção e promoção de intervenções interprofissionais de saúde e ações sociais a partir dos cursos de saúde envolvidos; desenvolver e apoiar as atividades de formação para qualificação do trabalho interdisciplinar e interprofissional no âmbito do SUS junto aos profissionais dos serviços e aos discentes; potencializar linhas de cuidado no âmbito do SUS, a partir da Política de Educação Permanente em Saúde, a fim de fortalecer a interprofissionalidade do trabalho em equipe, em defesa do conceito ampliado de saúde, da integralidade e da humanização na assistência à saúde; elaborar projetos de pesquisa e extensão, bem como implementar projetos de intervenções articulados aos diferentes cenários/serviços (Brasil, 2018).

Nesse contexto, e em paralelo às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o PET-Saúde Interprofissionalidade expressa o compromisso na formação de um profissional crítico, reflexivo e comprometido para atuar em diferentes níveis de atenção do SUS e nas políticas públicas vigentes no território nacional. Reafirma, ainda, a necessidade da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; a relação teoria e prática; a elaboração de competências gerais comuns a todas as profissões da saúde; além das específicas a cada uma, em que se preconize o trabalho em equipe interprofissional (Brasil, 2018).

A nova edição sobre a Interprofissionalidade ocorreu abarcando 120 projetos envolvidos no Brasil. Na Paraíba, foram quatro projetos aprovados e que estão em execução, todos ligados às IES públicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Campina Grande com os campi de Campina Grande, pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) e pelo Centro de Educação e Saúde (CES) com sede em Cuité, bem como, a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Essas três últimas instituições pela proximidade e relações profissionais entre os docentes desenvolveram uma abertura integrada, apoio entre as coordenações e desenvolveram rodas de conversa online e colaboram nessa proposta de

livro. Desta forma, objetiva-se com esse capítulo apresentar os projetos PET-Saúde Interprofissionalidade da UFCG-CCBS, UFCG- Cuité e UEPB como uma reflexão sobre as experiências dos projetos dialogando com a produção teórica do assunto.

HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DOS PROJETOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

Criada pela Lei nº 10.419 de 09 de abril de 2002, a partir do desmembramento da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) é uma instituição autárquica pública federal de ensino, pesquisa e extensão, vinculada ao Ministério da Educação, com sede e foro na cidade de Campina Grande e âmbito de atuação no Estado da Paraíba.

Com o advento do Programa do Governo Federal de Apoio à Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), cujo objetivo era de congregar esforços para a consolidação de uma Política Nacional de expansão da Educação Superior Pública, surgiu a oportunidade de interiorização da Universidade, o que contemplou a expansão acelerada dos campi da UFCG.

Desde sua criação, a UFCG tem se consolidado como instituição universitária de inegável inserção regional, com reconhecimento nacional e internacional, expandindo sua oferta de cursos passando de 31 cursos de graduação (herdados da UFPB) para 95 cursos de graduação, além de 46 programas de pós-graduação (incluindo programas *Latu Sensu* – Especialização, Mestrado – acadêmico e profissional, e Doutorado) distribuídos por seus 7 campi no estado da Paraíba.

Campina Grande é um importante centro universitário, contando com vinte e uma universidades e faculdades, sendo três delas públicas. Além disso, o município é destaque também em centros de capacitação para o nível médio e técnico (Campina Grande, 2018). A população estimada para 2020 foi de 412 mil habitantes (IBGE, 2020), sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba. Sua região metropolitana, formada por dezenove municípios, possui uma população estimada em 638.017 habitantes. Segundo informações da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande, são alocados em torno de 3.900 alunos por semestre em estágios nas Unidades dos três níveis de complexidade do Sistema Municipal de Saúde.

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS, Campus Campina Grande

O curso de Medicina originalmente foi fundado em 1979 pela Faculdade de Medicina de Campina Grande e posteriormente foi absorvido pela UFPB através da Resolução Nº 198, de 20/06/1979, do CONSUNI/UFPB. Assim, com o desmembramento da UFPB, o Curso de Medicina foi o primeiro curso de saúde do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFCG, campus Campina Grande. Com o incentivo do Governo Federal para ampliação dos cursos superiores através do

REUNI, em 2008 foi implantado o Curso de Enfermagem, através da Resolução 09/2008, e em 2010 foi aprovada a criação do Curso de Psicologia através da Resolução N° 27/2009 de 27 de Julho de 2009, terceiro curso do CCBS/UFCG.

De modo geral, os cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia do CCBS/UFCG têm acumulado experiência na formação de profissionais de saúde por meio de suas atividades de ensino de graduação, de extensão e de pesquisa. Contudo, em diagnóstico situacional realizado entre 2016 e 2017, observou-se que havia baixa integração entre disciplinas, projetos de pesquisa e de extensão nos cursos do CCBS, mesmo havendo esforços isolados para incluir a participação de alunos dos três cursos em alguns projetos e nas versões anteriores do PET-Saúde em que o CCBS participou (Oliveira, Brandão & Jordão, 2021).

Os cursos do CCBS/UFCG já participaram de quatro edições anteriores do PET-Saúde: Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Redes de Atenção e Graduações em Saúde, além da edição atual Interprofissionalidade.

A última edição do PET-Saúde que os cursos do CCBS participaram (PET-Saúde/GraduaSUS) foi um projeto construído colaborativamente por um grupo de professores dos três cursos do CCBS que trabalhavam com áreas da saúde coletiva e/ou estavam ligados a componentes curriculares relacionados ao SUS. Após a leitura acurada do Edital e de sucessivos encontros consensualizaram que o projeto deveria contemplar três linhas de atuação (Oliveira, Brandão & Jordão, 2021). A primeira linha de atuação do PET-Saúde/GraduaSUS foi denominada Mudanças Curriculares e objetivava realizar uma análise democrática e participativa dos Projetos Pedagógicos de cada curso para propor uma integralização curricular buscando aproximar as Matrizes Curriculares dos três cursos de saúde do CCBS/UFCG. Na segunda linha de atuação, Qualificação e Integração Ensino-Serviço-Comunidade, o PET-Saúde/GraduaSUS pretendeu desenvolver atividades de formação para a qualificação do trabalho interdisciplinar e interprofissional no âmbito do SUS. E na terceira e última linha de atuação, pretendeu-se articular o PET-Saúde/GraduaSUS com outros projetos de pesquisa e extensão, além de fomentar a realização de produções científicas.

Analisando as contribuições do PET-Saúde/GraduaSUS a partir dos objetivos propostos nessas três linhas de cuidado, pode dizer-se que no que tange as mudanças curriculares, o projeto possibilitou mudanças no ensino no CCBS/UFCG (Oliveira et al, 2021), especialmente por promover inquietação dos professores-tutores e parceiros colaboradores no que se refere à construção de um novo modelo pedagógico na formação de profissionais da saúde da UFCG. Outras mudanças observadas foram o ensino e estímulo ao uso de metodologias participativas nas práticas de promoção da saúde e na capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde concernentes à realidade local, maior aproximação dos estudantes do CCBS/UFCG com a realidade da rede básica de saúde, e discussões e propostas de mudanças curriculares que impulsionem a formação interprofissional em saúde no âmbito dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos três cursos do CCBS/UFCG.

No que se refere à Qualificação e Integração Ensino-Serviço-Comunidade, o PET-Saúde/ GraduaSUS de Campina Grande subsidiou um conjunto de atividades formativas de cunho teórico e metodológico para os profissionais de saúde da AB, especialmente da ESF e NASF, para alunos e docentes sobre diversas temáticas que compunham o campo da saúde coletiva (Oliveira et al, 2021). Essas formações buscaram, principalmente, a produção de novas práticas profissionais comprometidas com a produção integral do cuidado dos usuários do SUS. Os trabalhadores da saúde participantes dessas capacitações, bem como seus gestores, relataram impactos positivos na qualidade da assistência aos usuários e no desenvolvimento do trabalho em equipe a partir da implementação de práticas colaborativas entre os profissionais. Além disso, “ao longo de dois anos, foram promovidas diversas ações de Educação Permanente em Saúde com o intuito de discutir e problematizar as atividades grupais realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica; bem como apresentar novas possibilidades de atuação interprofissional nos grupos existentes e/ou criados nas unidades, embasados nos pressupostos da Educação Popular em Saúde e das metodologias participativas de intervenção” (Oliveira et al, 2021, p. 52).

Ademais, ao observar os objetivos da terceira linha de atuação do PET-Saúde/ GraduaSUS, pode-se concluir que a articulação com outros projetos se deu com a promoção de capacitações em parcerias com outros Núcleos de Pesquisa, extensão e Grupos de estudos já existentes (a exemplo do Núcleos de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicologia Comunitária e da Saúde – NUCS e Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas – NUD). Também pode-se constatar que os projetos de pesquisa e extensão universitária dos professores-tutores vinculados ao PET-Saúde/GraduaSUS estavam mais consonantes com as necessidades e demandas provenientes dos serviços de atenção à saúde (Oliveira et al, 2021). Percebeu-se maior integração de projetos entre os cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia, com maior produção de pesquisas e extensões voltadas para a Atenção Básica com diversificação dos cenários de prática. A produção científica proveniente do PET-Saúde/ GraduaSUS ocorreu em termos de publicação de diversos artigos em periódicos científicos, de relatos de experiências na comunidade de práticas em saúde, na produção de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e de um livro que congrega diversas experiências desse projeto.

Esta breve reflexão já aponta uma presença marcante dos pressupostos da Educação Interprofissional, do fomento às práticas colaborativas e de uma maior integração entre os cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia do CCBS/UFPG a partir das ações do PET-Saúde GraduaSUS.

Diante do exposto, observa-se que a tradição de participação nas várias edições do PET-Saúde por parte do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), construiu, gradativamente, um caminho fértil para a cultura da Educação Interprofissional, em especial a penúltima versão, através do PET-GraduaSus,

conforme mencionado.

A atual participação do PET-Interprofissionalidade no CCBS/UFMG conta com 4 grupos tutoriais compostos por 08 (oito) tutores, 17 (dezessete) preceptores e 50 (cinquenta) discentes, entre bolsistas e voluntários, que se distribuem em 11 Unidades Básicas (UBS), nos diferentes distritos do município de Campina Grande, Paraíba.

Além das produções teórico-metodológicas das autoras e autores sobre a Educação Interprofissional em Saúde, um outro pressuposto que tem fundamentado a formação e a atuação do PET-Saúde/Interprofissionalidade CCBS/UFMG é a educação popular como instrumento de reorientação da atenção à saúde e globalidade das práticas, com base numa perspectiva participativa, criativa, dialógica e emancipadora das ações em saúde (Nascimento e Oliveira, 2020, 2017). Em termos operacionais, a educação popular se fez presente em nosso projeto desde o processo de territorialização, momento privilegiado da produção das demandas, até à formação em Práticas Integrativas e Complementares e Metodologias Participativas para intervenções em grupos, como uma proposta de mediação pedagógica importante na orientação dos trabalhos de educação em saúde. Para tanto, é importante tomar a realidade concreta dos participantes como mote para a construção de ações integrativas e colaborativas por meio de uma ação dialógica que possibilite o exercício de valorização, articulação e confrontação dos diversos saberes (Nascimento & Oliveira, 2020).

Diante da proposta do PET- Saúde/Interprofissionalidade, na Universidade Federal de Campina Grande (UFMG), em parceria com a Secretaria Municipal de Campina Grande- SMS, espera-se que os discentes dos cursos de graduação e profissionais de saúde envolvidos nesse projeto aprendam juntos com o intuito de melhorar as práticas colaborativas em saúde. Todas as ações desenvolvidas têm envolvido os profissionais do serviço, discentes, professores, gestores e comunidade, com foco na interprofissionalidade, trabalho na rede de atenção, integração ensino-serviço, trabalho em equipe, cuidado humanizado e integralidade da assistência. Cabe destacar que no planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Básica foram utilizadas metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras que visam contribuir com novas formas de produção do conhecimento para todos os segmentos envolvidos no projeto, a saber: profissionais de saúde, discentes, professores e usuários.

Centro de Educação e Saúde - CES, Campus de Cuité

Os proponentes foram o Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande (UFMG), no Campus de Cuité, no Estado da Paraíba, como instituição de ensino e coordenadora do PET-Saúde, em parcerias com as Secretarias de Saúde de Cuité e de Nova Floresta, bem como, a 4ª Gerência Regional de Saúde, ligada à Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

A universidade pública com centro universitário em Cuité iniciou suas

atividades no terceiro trimestre do ano de 2006 com quatro cursos de licenciatura (Matemática, Física, Química e Biologia). Atualmente, após a expansão dos cursos de graduação, o campus tem quatro unidades acadêmicas: de Biologia e Química; de Física e Matemática; de Saúde e da Enfermagem. A cidade de Cuité faz limite com as cidades de Nova Floresta, Cacimba de Dentro, Damião, Barra de Santa Rosa, Sossego e Picuí (CES, 2020).

Em Cuité, é sediada a 4a Gerência Regional de Saúde e a 4a Gerência da Secretaria Estadual de Educação. Nela existem 20 estabelecimentos de saúde públicos em diferentes níveis de complexidade, sendo a maioria de unidades de saúde da família. A rede particular tem outros sete locais de oferta de serviços de saúde (CNES, 2020). A cidade conta ainda com a sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú Paraibano (CIMSC), realizando atendimentos ambulatoriais e exames para pessoas de quatorze municípios (Algodão de Jandaíra; Baraúna; Barra de Santa Rosa; Damião; Coronel Ezequiel; Cubati; Frei Martinho; Jaçanã; Pedra Lavrada; Picuí; Nova Palmeira; Nova Floresta; São Vicente do Seridó e Sossego). A cidade de Nova Floresta fica a 10 km de Cuité, e sua rede pública de saúde é, em sua maioria, composta de unidades básicas de saúde com equipes de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Ambos os municípios têm uma equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do tipo 2 (CNES, 2020).

Todos os parceiros mantinham atividades interinstitucionais como projetos de extensão, pesquisa e realização de estágios, o que facilitou o diálogo e o interesse para a primeira proposta de PET-Saúde feita na região. O projeto aprovado teve quatro grupos tutoriais (GT) com integrantes estudantes das graduações de Biologia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia, preceptores trabalhadores dos serviços com diferentes formações (psicólogos, enfermeiros, pedagogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, biólogo) sendo de dois a três tutores por GT.

Por se tratar de uma primeira edição, os objetivos propostos eram amplos e ligados à Saúde Coletiva, Práticas Integrativas e Complementares e a Educação Popular em Saúde, o planejamento e a organização tinham grande flexibilidade a partir das demandas e realidades dos serviços e seus territórios. A proposta visou corroborar com um trabalho formativo de graduação na região, mas principalmente, fortalecer e favorecer novas ações de extensão, de estágios, de projetos de pesquisa e de ações em defesa e valorização da vida e do Sistema Único de Saúde (SUS) com a diversificação dos cenários, integração profissional e setorial com uso e valorização de metodologias participativas, colaborativas e significativas a todos os envolvidos.

Foi proposto originalmente pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, uma inserção imediata assim que iniciou-se a vigência do PET-Saúde, essa experiência de imersão foi um elemento de produção de mudança e sensibilização para a importância dessa relação entre universidade, serviço e comunidade, bem como, problematização sobre a reestruturação dos cursos de saúde frente às demandas do SUS, dos desafios ao trabalho interprofissional, da gestão coletiva e

dos pressupostos da Educação Interprofissional. Tudo isso porque ao pensarmos a aprendizagem enquanto capacidade de apreender conhecimentos, habilidades e atitudes, conseguimos perceber a partir de uma realidade concreta da experiência.

Os cenários de práticas para o PET-Saúde Interprofissionalidades em Cuité foram a Secretaria de Saúde do Município de Cuité; o Centro de Atenção Psicossocial; Unidade de Saúde Luiza Dantas; Centro de Atenção Psicossocial Infantil, CAPSI “Leneide Farias Pereira”; Farmácia Básica Municipal; e em Nova Floresta foram a Secretaria de Saúde do Município; a Unidade da Saúde da Família “Bocão”; a Unidade de Saúde da Família “Rosália Henrique de Alencar Lima”, e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Nova Floresta.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS, Campus I em Campina Grande

A Fundação Universidade Regional do Nordeste, hoje Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi criada pela Lei Municipal nº 23 em 15 de março de 1966, como mantenedora da Universidade Regional do Nordeste (URNe). Em 11 de Outubro de 1987 a Lei nº 4.977, sancionada pelo então governador Tarcísio de Miranda Burity, transformou a URNe em Universidade Estadual da Paraíba (UEPB, 2020).

Novos caminhos foram se descortinando para o desenvolvimento da UEPB. A lei veio após duras lutas de professores, alunos, servidores, lideranças políticas e entidades de classe. Após 30 anos de existência, foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação do MEC (UEPB, 2020).

A Universidade Estadual da Paraíba está presente em oito municípios no estado da Paraíba através de oito campi universitários. O campus I, o pioneiro, conta com cinco Centros abrangendo vinte e quatro departamentos, atualmente todos alocados no Bairro Universitário em Bodocongó, com exceção do Centro de Ciências Jurídicas. O Centro de Ciências Biológicas e da Saúde foi criado em 1973, juntamente com a Reforma de Centros da URNE. Inicialmente só havia os Departamentos de Odontologia (o primeiro curso) e o de Ciências Biológicas, posteriormente, foram criados os cursos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Educação Física, e Psicologia (Silveira, 2014).

O CCBS se consolida hoje como um importante centro, um dos maiores da Universidade, com um número aproximado de 2.544 alunos alocados em sete diferentes cursos na área da saúde. Associados a estes, o curso de Serviço Social integrou a proposta deste PET pelo seu protagonismo desafiador de inserção na rede de atenção à saúde, mais notadamente, na Atenção Básica. Nesta circunstância, apresenta uma condição incontestável para a implementação da EIP no cotidiano dos alunos numa experiência inovadora e de vanguarda com o protagonismo efetivo dos seus graduandos.

A pós-graduação do CCBS é bem fortalecida com quatro programas de Mestrado e Doutorado nas áreas de Odontologia, Farmácia, Ecologia, Etnobiologia,

e quatro programas de Mestrado nas áreas de Enfermagem, Saúde Pública, Psicologia e Ciência e Tecnologia da Saúde.

Em 2016, todos os cursos do CCBS da UEPB passaram pela atualização dos seus Projetos Pedagógicos, tendo em vista uma próxima avaliação para renovação de credenciamento da instituição de ensino perante o Conselho Estadual de Educação. Alguns, mesmo tendo feito alterações recentes, tiveram que atualizar desde as matrizes curriculares, até a formatação padronizada para todos os cursos.

A expectativa de um grupo de professores em participar de programas indutores, já era antiga, desde os primeiros PET-Saúde. Alguns poucos tiveram uma primeira experiência, em associação com a UFCG, no PET Saúde da Família em 2010. Posteriormente, no PET GraduaSUS, fomos impedidos de participar por não termos o curso de medicina na nossa universidade. Por fim, nesta proposta do PET-Saúde Interprofissionalidade, fomos instigados e finalmente tivemos a oportunidade de submeter a nossa própria proposta. Fomos convidando colegas que navegavam nas águas da saúde coletiva e após várias discussões houve a submissão e consequente aprovação do projeto sendo uma grata satisfação.

Neste processo, foram lançados editais de inscrição para estudantes e preceptores do serviço de saúde e da gestão. A equipe de professores colaboradores da proposta se engajou nas seleções e permaneceu na tutoria dos seis grupos tutoriais (GT) que inicialmente foram propostos. Após a primeira aprovação, houve uma orientação no sentido de reduzir um grupo de cada projeto, para contemplar outros que entraram com recurso e também foram aprovados na segunda etapa. Desta forma, o projeto na UEPB foi composto por cinco GT em que os tutores e estudantes são dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Integram a equipe também preceptores dos serviços formados em cursos de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social, e alguns deles pertencem ao quadro da gestão, como coordenadores de área e gerentes de Distritos Sanitários que compõem a Rede de Atenção à Saúde do município de Campina Grande, com o apoio e aquiescência da reitoria da UEPB e da Secretaria de Saúde de Campina Grande.

OBJETIVOS PROPOSTOS E COMPETÊNCIAS ESPERADAS DE CADA PROJETO

PET-Saúde CCBS/UFCG Campus Campina Grande

De um modo geral, o projeto do PET-Saúde Interprofissionalidade de Campina Grande, em parceria com a Secretaria Municipal do referido município, almejou possibilitar aos acadêmicos dos cursos de saúde do CCBS/UFCG (Medicina, Psicologia e Enfermagem) uma formação integral no que se refere ao trabalho em equipe interprofissional, bem como promover educação permanente para as equipes de saúde sobre temas relevantes que resultem em uma atuação resolutiva,

baseados nas demandas das coletividades e pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica, na Humanização e na Integralidade, considerando as três linhas de ação: mudanças curriculares, qualificação ensino-serviço-comunidade e articulação com outros projetos.

Para o primeiro ano do projeto, a primeira linha de ação, que versa sobre as mudanças curriculares, teve como objetivo geral fazer uma análise democrática e participativa dos Projetos Pedagógicos dos cursos envolvidos no projeto, propondo uma aproximação das Matrizes Curriculares e uma integralização mais efetiva nos três cursos de saúde da UFCG. Em termos de objetivos específicos, podemos citar: 1) apresentar e discutir o PPC dos três cursos; 2) adicionar aos PPCs componentes curriculares interprofissionais como disciplinas do núcleo comum dos três cursos, de preferência no início do curso ou no período anterior ao estágio integrado; 3) implantação da Tutoria Acadêmica para criação de grupos de trabalho para análise dos três PPCs (em conjunto) pela comunidade estudantil e corpo docente dos cursos – diagnóstico situacional dos cursos.

A segunda linha de ação, qualificação ensino-serviço-comunidade, teve como intuito desenvolver atividades de formação para qualificação do trabalho interdisciplinar no âmbito do SUS, que foi operacionalizado a partir dos seguintes objetivos: 1) realizar encontros de formação no âmbito acadêmico com docentes e discentes dos cursos envolvidos no PET-Saúde Interprofissionalidade sobre os desafios e novas mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos da saúde; 2) realizar encontros de aproximação para diagnóstico com profissionais de serviços (gestores, trabalhadores da saúde e preceptores), docentes e discentes de cursos da saúde e representantes das comunidades atendidas, para discutirem as necessidades e demandas dos serviços relacionadas aos objetivos do PET-Saúde; 3) realizar encontros de formação no âmbito dos serviços com profissionais de serviços (gestores, trabalhadores da saúde e preceptores), docentes e discentes de cursos da saúde e representantes das comunidades atendidas, para diagnóstico situacional dos serviços de saúde; 4) realizar encontros pedagógicos entre docentes dos cursos da saúde do CCBS/UFCG acerca das ações e estratégias interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão nos seus PPCs, para alimentar as discussões e planejamentos no Núcleo Docente Estruturante (NDE) e nas coordenações dos cursos, procurando potencializar as ações de caráter interdisciplinar propostos pelo PET-Saúde.

A terceira e última linha, articulação com outros projetos, almejou elaborar ações de pesquisa, extensão, TCC, entre outros, articulados ao PET-Saúde, com vistas a fortalecer os Núcleos de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicologia Comunitária e da Saúde – NUCS e Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas – NUD, como espaço de aprendizagem para docentes e discentes, otimizando o SUS.

Para o segundo ano, no que diz respeito à linha de ação de mudanças curriculares, elencamos como objetivos: 1) implementar ações práticas no âmbito da intervenção interprofissional de saúde a partir da articulação dos três cursos de

saúde da UFCG; 2) desenvolver atividades práticas integradas na atenção primária articulando a prática dos três cursos no mesmo cenário com vistas a delinear uma proposta de Estágios Básicos integrando alunos e professores dos três cursos nos serviços de atenção primária (se possível no território próximo à UFCG); 3) discutir entre os três cursos um projeto de Clínica Integrada com a possibilidade de utilizar o espaço do Serviço-Escola de Psicologia para viabilizar essa atuação conjunta.

No que concerne à linha de articulação e integração ensino-serviço-comunidade, objetivamos: 1) potencializar linhas de cuidado no âmbito do SUS, a partir da Política de Educação Permanente em Saúde, com vistas ao fortalecimento da interdisciplinaridade, da integralidade e da humanização na assistência à saúde; 2) realizar encontros de integração entre o PET-Saúde Interprofissionalidade, Programa “Mais Médicos”, outros PET, o Plano Nacional de Formação de Preceptores e outros projetos e programas desenvolvidos no âmbito do SUS fomentados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e por outras políticas e prioridades do Ministério da Saúde e Ministério da Educação; 3) desenvolver Grupos de Trabalho em formato de Roda de Conversa, realizados quinzenalmente nos serviços de saúde vinculados ao PET-Saúde, de modo a integrar os diferentes atores que compõem o quadrilátero da Educação Permanente em Saúde (gestores, formadores, serviço e comunidade) para identificar problemas e potencialidades do cotidiano dos serviços e fomentar estratégias de ação com foco na gestão do cuidado, construídas pelo grupo durante o processo de aprendizagem coletiva, de acordo com a Política de Educação Permanente em Saúde; 4) fomentar Grupos de Trabalho para propor e implantar coletivamente as ferramentas de monitoramento e avaliação das ações de integração ensino-serviço-comunidade, destacando os impactos no modelo de gestão, no trabalho interdisciplinar e na produção do cuidado; 5) realizar encontros formativos no âmbito acadêmico para integrar atividades currículos dos cursos da saúde, valorizando a articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, pautado na problematização do cotidiano, estimulando o processo de formação na perspectiva de uma aprendizagem crítica e reflexiva.

A respeito das competências desejadas em razão da implantação do PET-Saúde Interprofissionalidade, em termos de atuação e formação, esperamos o desenvolvimento de atitudes colaborativas como: respeito e valorização dos saberes de todos os envolvidos, estímulo à participação de todos na discussão e na tomada de decisões, desenvolvimento de habilidades para a comunicação interpessoal no trabalho em equipe, identificação de conhecimentos e habilidades necessárias à resolução dos casos clínicos apresentados, e deshierarquização das profissões e resolução de conflitos.

PET-Saúde CES/UFCG, Campus de Cuité

Os objetivos propostos no projeto de seleção de propostas ao PET-Saúde

foram modificando-se diante das realidades, das mudanças de serviços e diante da realidade vivenciada.

O PET – Saúde, realizado em Cuité e Nova Floresta, teve como objetivos do primeiro ano de vigência: 1) discutir os projetos políticos pedagógicos, as realidades locais e pactuação intergestores visando uma formação mais coerente e comprometida com a defesa da vida e do SUS; 2) implementar disciplinas colegiadas e ofertadas à turmas mistas e sob o interesse dos discentes; 3) desenvolvimento da formação e das práticas colaborativas como base na integralidade em saúde, no fortalecimento da exposição, imersão e domínio a partir das experiências e do trabalho interprofissional; 4) desenvolver a docência e a preceptoria; 5) criar um Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional; 6) desenvolver experiências interprofissionais nos serviços de saúde.

No segundo ano, os objetivos foram todos modificados diante das alterações sofridas diante do contexto da pandemia COVID-19, apesar do primeiro trimestre manter as inserções de atividades, formação e planejamento, a partir de 18 de março de 2020 houve a suspensão de aulas na UFCG e na sequência a suspensão da entrada de estudantes nos serviços de saúde. Desta forma os objetivos do projeto passaram a ser: 1) participação e apoio nos serviços de saúde; 2) desenvolvimento de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde; 3) atividades e trabalho colaborativo de forma remota; 4) formação e capacitação; 5) integração interinstitucional.

Os objetivos propostos no projeto de seleção de propostas ao PET-Saúde foram modificados diante das realidades, das mudanças de serviços, da realidade vivenciada, mas principalmente, devido a COVID-19. O projeto iniciou-se sua execução em abril de 2019 com uma imersão imediata dos integrantes nos serviços de saúde e nas comunidades. Anteriormente, entre a aprovação em novembro de 2018 e o início das atividades houve um período de formação por meio de encontros presenciais e do uso da plataforma AVASUS (<https://avasus.ufrn.br/>) de no mínimo 200 horas por integrante, para nivelamento de conteúdos ligados à Saúde Coletiva e à apropriação dos conceitos através do curso de Educação Interprofissional. Ainda houve um momento de abertura dos projetos PET-Saúde em Campina Grande, entre as mesmas instituições envolvidas nesse capítulo, que de forma integrada agregou todos os projetos.

As competências a serem desenvolvidas foram liderança, trabalho colaborativo a partir das experiências e práticas interprofissionais na graduação e nos serviços, corresponsabilização pela execução do projeto, das ações em cada cenário e pela sua formação/trabalho, resolução de conflitos, identificação das competências específicas, colaborativas e interprofissionais em saúde, o desenvolvimento docente de forma multiprofissional, o compartilhamento de ações e da produção de saberes e a interdependência. Essas competências se alinham pela EIP e são concernentes aos objetivos e a intencionalidade durante todo o projeto.

PET-Saúde UEPB

Seguindo as linhas de atuação previstas no Edital do PET-Saúde Interprofissionalidade, o grupo de trabalho acordou cinco objetivos que compoariam a proposta para serem desenvolvidos no primeiro ano de desenvolvimento do PET, a saber: 1) criar espaços de educação interprofissional (EIP) em que docentes, discentes, preceptores da atenção primária à saúde e da gestão se apropriem do referencial teórico-metodológico do saber interprofissional; 2) fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade por meio da criação de Espaços de Cuidado Interprofissional (ECI); 3) fomentar a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; 4) instituir Espaços de Educação Interprofissional no âmbito da IES proponente, 5) fortalecer espaços de controle social.

Para o segundo ano do Programa, foi feita uma previsão de atividades já embasadas na experiência adquirida no primeiro ano, que pudessem contemplar ações mais robustas com repercussão positiva nos territórios onde os diversos Grupos de Trabalhos estavam em atuação. Neste sentido, se previa acontecer: diversificação das práticas interdisciplinares, mediante elaboração e/ou operacionalização de protocolos assistenciais; elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares e Coletivos; implantação do Fórum de discussão permanente em educação em saúde na IES; execução de processo de qualificação de facilitadores com expertise em interprofissionalidade e implementação de linhas de pesquisa sobre Cuidado Interprofissional na graduação e na pós-graduação; implantação de grupos de estudos teóricos e práticos para aquisição de competências interprofissionais e, por fim, a organização de uma mostra científica para socialização das experiências do PET.

AÇÕES E EXPERIÊNCIAS PARA GRADUAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DOS PROJETOS PET-SAÚDE

De acordo com Ministério da Saúde (2017), a operacionalização da Educação Interprofissional abarca três dimensões centrais da realidade que estão em articulação para as instituições formadoras e os serviços/gestão de saúde: a micro, a meso e a macro. A dimensão micro está relacionada às relações interpessoais e interprofissionais no cotidiano da formação e do trabalho em saúde; a dimensão meso se refere às organizações curriculares, metodologias de ensino e de aprendizagem, bem como a avaliação da aprendizagem e dos programas; ou seja, envolve a definição dos programas dos cursos e sua execução; por fim, a macro, está envolvida com as políticas de saúde e de educação que tendem a apoiar a realidade da formação e do trabalho nos diversos cenários de um país. Todas precisam articular-se e dialogar para que possam ser bem desenvolvidas e obterem resultados que atinjam a mudança para a melhoria da qualidade da atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2017, p. 8).

Apesar dessa necessidade de articulação entre as dimensões conforme a Tabela 1 é possível identificar algumas ações desenvolvidas em cada projeto PET-Saúde conforme a instituição de ensino nas diferentes dimensões de articulação para a adequada experiência para a formação interprofissional em saúde.

Tabela 1. Descrição das experiências desenvolvidas por projeto PET-Saúde (UFMG/ Campina Grande, UFGG/ Cuité e UEPB) segundo a dimensão micro, meso e macro de intervenção nos anos de abril de 2019 a abril de 2020.

CCBS/UFMG - Campina Grande
Dimensão micro
<ul style="list-style-type: none"> › Processos formativos sobre EIP para profissionais, tutores e discentes envolvidos no projeto, bem como profissionais e gestores da rede; › Apresentação e discussão dos Projetos Políticos Pedagógicos do Curso (PPC) de Enfermagem, Medicina e Psicologia; › Formação de tutoria acadêmica para diagnóstico dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Medicina; › Inserção de componentes interdisciplinares optativos, como: Formação Interprofissional em Saúde (FIS), Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC's) e Saberes Tradicionais e Cura: Diálogos Epistemológicos e Práticos, ofertadas para os três cursos envolvidos no PET-Saúde Interprofissionalidades: Enfermagem, Medicina e Psicologia; › Ações de integração do PET-Saúde Interprofissionalidades entre os Núcleos de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, Núcleo de Pesquisa e Extensão em Psicologia Comunitária e da Saúde- NUCS e Núcleo sobre drogas, como espaço de aprendizagem para docentes e discentes, otimizando o SUS; › Inserção nos serviços de saúde, com o intuito de realizar o (re)conhecimento do território e produção de diagnósticos; › Elaboração de 06 projetos de pesquisa-ação a partir das demandas identificadas nos diagnósticos situacionais dos territórios; › Organização dos grupos de saúde mental das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da metodologia do Guia GAM (Gestão Autônoma de Medicamentos); › Formação em PICS e metodologias participativas, tais como: formação em Educação Popular e Saúde, através de ferramentas como a Tenda do Conto, Teatro do Oprimido, Círculo de Cultura, Contoterapia, Terapia Comunitária, Psicomotricidade e Arteterapia para reorientação dos trabalhos de educação em saúde nos serviços, tais como: grupos de gestantes, tabagismo, hipertensão e diabetes; › Acompanhamento da rotina dos serviços, participação no processo de triagem e compartilhamentos de casos clínicos; › Cursos de formação online para docentes, profissionais de saúde e estudantes, a exemplo do curso Como elaborar relatos de experiências; › Lives Interpets: UFGG, UEPB e UFRN, sobre temáticas peculiares ao cotidiano de cada PET; › Criação do Grupo de Mídias do PET-Saúde/Interprofissionalidade, mediante a gestão de nossas redes sociais: facebook, instagram e o nosso site; › Criação de um programa de Rádio “PET-Saúde na Comunidade”;

continuação

CCBS/UFCG - Campina Grande

Dimensão micro

- › Criação da Feira de Saúde, com o objetivo de proporcionar a comunidade uma aproximação com o novo espaço da USF, bem como oferecer ações de saúde e promover interações entre a comunidade e os profissionais de saúde;

Dimensão meso

- › Por meio das oficinas realizadas, observamos uma maior apropriação dos conceitos e princípios que orientam a educação interprofissional, por parte de todas/os participantes do projeto. Paralelamente, por estarem inseridos no campo da atenção básica, foi necessário o aprofundamento de alguns conceitos e estratégias da saúde coletiva, o que provocou uma melhor compreensão e reflexão sobre os desafios do cuidado e organização da assistência, locus em que o PET-Saúde/Interprofissionalidade está circunscrito;
- › A produção dos diagnósticos situacionais proporcionará a direção em termos de atividades a serem realizadas nos serviços e contribuirão para a construção de projetos de pesquisa e extensão sintonizados com as reais demandas da comunidade;
- › Promoção de um aprendizado de escuta do campo, com preocupações com o processo e não o produto, que rompem com os pacotes de ações previamente determinados pelos profissionais, sem a participação da comunidade;

Dimensão macro

- › Estruturação de um Núcleo Permanente de Educação Interprofissional;
- › Organização do Serviço de Práticas Integrativas e Complementares envolvendo os três cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e demais centros que desejem se incluir;
- › Oferta de componentes curriculares com foco na Educação Interprofissional.
- › A inclusão de componentes curriculares que reflitam propostas de educação interprofissional caminha para a minimização da fragilidade da vivência da interprofissionalidade no contexto da formação, a partir da articulação dos três cursos. É um processo, pois sabemos que estas mudanças estão permeadas por relações de poder, resultado, sobretudo, da cultura da especialização do saber, hierarquia dos saberes e de determinadas profissões em nossa sociedade, só para citar alguns dos empecilhos;
- › Os debates realizados com os cursos que envolvem o PET-Saúde Interprofissionalidade são promissores no sentido da inclusão de perspectivas de educação interprofissional de saúde;

CES/UFCG - Cuité

Dimensão micro

- › Mapeamento do território e identificação das demandas;
- › Cartografia dos espaços e problemas sociais e de saúde;
- › Diversificação maior de equipamentos e novas parcerias com os serviços;
- › Novas formas e espaços de ensino e aprendizagem;
- › Formações continuadas;
- › Sensibilização, desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas (parceria, compartilhamento, interdependência e tomada de decisões);

continuação

CES/UFCG - Cuité

Dimensão micro

- › Ocupação de espaços de gestão em saúde junto dos equipamentos e instâncias de organização;
- › Ofertas de componentes curriculares optativos e obrigatórios de forma colegiadas com professores de curso diferentes;
- › Parcerias entre os PET's de Campina Grande e Cuité;
- › Projetos de pesquisa;
- › Acolhimento dos integrantes diante das mudanças sociais e de saúde;
- › Apropriação e desenvolvimento de diferentes estratégias de comunicação e informação (youtube, site, informativos, grupos de whatsapp, aplicativos google, videoconferências, edição de imagem e som, criação e desenvolvimento de podcast com o programa "Saúde no Interior da Paraíba" com parceria para divulgação na rádio particular que abrange todas as cidades; desenvolvimento de acompanhamentos de grupos específicos das unidades de saúde; produção de conteúdo e aproximação com outros PET-Saúde do Brasil;
- › Criar e desenvolver com novos recursos virtuais os espaços de formação continuada;
- › Sistematização e produção das experiências a partir de escrita colaborativa utilizando ferramentas de interação;
- › A ampliação na forma de compreensão dos problemas e nas possibilidades de intervenção surgem nos espaços acadêmicos e nos serviços principalmente pela diminuição da hierarquia e predisposição aos diálogos;
- › A parceria e o compartilhamento têm facilitado o desenvolvimento das habilidades para o convívio interpessoal e também profissional;
- › Vínculos entre os participantes de cada GT;
- › Abertura e interesse dos gestores de saúde e profissionais na execução do projeto, em suas demandas e propostas;
- › Sensibilização para as demandas e problemas de saúde utilizando recursos tecnológicos

Dimensão meso

- › Participação nas reuniões de CIR, CIES, gestão municipal e de Câmaras técnicas junto aos municípios e gerência as demandas são levadas aos demais setores da universidade e das SMS;
- › Apoio às ações das gestões envolvidas no projeto e em disciplinas que precisam de apoio nos cursos;
- › Dificuldades em avaliar e acompanhar devido a atividade ser remota;
- › Execução de projetos de pesquisa quanti-quali para avaliar a formação e aprendizagem de forma ampla no projeto;

continuação

CES/UFCG - Cuité

Dimensão macro

- › Implantar e implementar modos colaborativos entre as instituições para favorecer as mudanças na formação e nas práticas de trabalho. De acordo com a Política de Educação Permanente no Estado tem nas Comissões de Integração de serviços de Educação e Saúde (CIES) e na descentralização da gestão da saúde a partir do apoio dado pela Gerências Regionais de Saúde espaços de co-gestão e representação institucional. Através do projeto a coordenação local e uma tutora estão participando dos espaços e construindo outros diálogos diretamente junto aos gestores;
- › Manutenção da participação nas reuniões de gestão e planejamento em Saúde por integrante da instituição de ensino junto aos municípios e gerência as demandas são levadas aos demais setores da universidade e das secretarias de saúde;

UEPB

Dimensão micro

- › Reconhecimento da área territorial da Unidade de Saúde, entendimento dos problemas e processos de trabalho das equipes locais;
- › Territorialização e Confecção de mapas vivos da área de abrangência das UBS;
- › Colaboração no cadastramento;
- › Disponibilidade / motivação dos profissionais e alunos;
- › Identificação das potencialidades de implementação de PTS e PTC;
- › Identidades profissionais bem delimitadas;
- › Compreensão dos atores envolvidos da importância de uma prática pautada na educação e promoção em saúde;
- › Ênfase nas tecnologias leves, como acolhimento, formação de vínculo e escuta qualificada;
- › Lócus rico de aprendizagem teórico e prático para todos os envolvidos no desenvolvimento dos projetos;
- › Desejo de aplicação do conhecimento teórico sobre interprofissionalidade em ações práticas, intencionais e permanentes no âmbito colaborativo;
- › Fortalecimento da ESF e da APS;
- › Identificação do potencial de formação de Grupos comunitários;

Dimensão meso

- › Apoio administrativo (educação e serviço);
- › Disponibilidade de processos formativos para capacitar os atores envolvidos;
- › Projetos de pesquisa e extensão na temática do PET-Saúde em EIP;
- › Fortalecimento dos NDE na reflexão e encaminhamentos de melhorias pedagógicas com vistas a Interprofissionalidade;

continuação

UEPB

Dimensão macro

- › Políticas e programas sociais e educacionais que ainda estimulam atividades na perspectiva do ensino-serviço-comunidade-interprofissionalidade;
- › Princípios e diretrizes do SUS que ainda persistem;
- › Filosofia/ideologia da estruturação ESF que surge com a perspectiva multiprofissional;
- › Programas Indutores como o PET Saúde Interprofissionalidade;

Fonte: Relatórios e projetos PET- Saúde, 2020.

Reconhecidamente, na dimensão micro, de cada projeto, é onde se desenvolvem em quantidade e qualidade um número maior de estratégias e ações. Por estarem ordenando as ações e interações entre as áreas com as equipes, estudantes e a comunidade, ela requer muitas estratégias e compromissos dentro dos projetos e grupos tutoriais tendo em vista que as instituições de ensino e as de saúde muito têm que avançar quanto à distribuição de tarefas, horários, e espaços físicos e estruturais que possibilitem o desenvolvimento das situações de trabalho interprofissional.

A flexibilização e um período maior de ajustes dos horários dos participantes foram necessários à todos os projetos. Esses ajustes constantes poderiam ser mais fáceis e rápidos se nas demais dimensões macro e meso a EIP e as práticas integradas aos cursos e com o serviço fossem já parte da organização e estrutura do cursos e das pactuação interinstitucionais.

Por meio das oficinas realizadas, observou-se uma maior apropriação dos conceitos e princípios que orientam a EIP por parte de todas/os participantes dos projetos. Paralelamente, por estarem inseridos no campo da atenção primária em saúde, foi necessário o aprofundamento de alguns conceitos e estratégias da saúde coletiva, o que provocou uma melhor compreensão e reflexão sobre os desafios do cuidado e organização da assistência, locus em que o PET-Saúde Interprofissionalidade está circunscrito. Nesse sentido, o diagnóstico situacional, produzido a partir do processo de territorialização teve grande relevância para o desenvolvimento dos projetos, possibilitando uma oportunidade de vivência da tríade ensino, pesquisa e extensão.

No que diz respeito à inclusão de componentes curriculares que refletem propostas de educação interprofissional, tais ações caminham para a minimização da fragilidade da vivência da interprofissionalidade no contexto da formação, a partir da articulação dos três cursos. Esse processo de mudança é permeado por relações de poder, resultado, sobretudo, da cultura do especialismo, hierarquia dos saberes e da valorização de determinadas profissões da saúde em detrimentos de outras em nossa sociedade.

A experiência em Cuité no campus de disciplina envolvendo todos os cursos demonstrou ser uma possibilidade, e permitiu a reflexão sobre as possibilidades de práticas pedagógicas. Todavia, identificou-se que por serem currículos construídos sem o diálogo com os demais cursos, o que traz especificidades a cada currículo, assim como a burocracia para as mudanças, são um entrave para inclusão de novos componentes integrados.

O processo de caracterização e diagnóstico situacional das áreas territoriais para as ações planejadas pelo PET-Saúde da UEPB, ocorreu paralelamente a formação teórica e conceitual da Educação Interprofissional e em temas com certa carência em determinados cursos e formações. Parte das ações surgiram por demandas dos usuários das unidades de saúde, assim como, houve grande diversificação de temas, como por exemplo, idosos, caminhadas, dança, gestantes, tabagistas, entre outros e vários trabalhos potentes forma se desenvolvendo com estes segmentos.

Para a implantação do componente curricular no projeto da UEPB, foram propostos cinco projetos de extensão que buscaram um estudo com análise documental de todos os Projetos Pedagógicos dos oito cursos envolvidos a fim de identificar oportunidades de encontros interprofissionais dos estudantes ao longo da formação e temáticas que agregassem conhecimentos que pudessem fortalecer os caminhos da interprofissionalidade. Neste ínterim, a proposta pedagógica de criação de um componente eletivo foi levada à apreciação da Assessoria Pedagógica da Pró-reitora de Graduação, que apesar da sabida importância, causou um certo tensionamento, em alguns cursos isolados. A perspectiva é realização do componente eletivo “Trabalho Interprofissional e cuidado em saúde (TICS)” no semestre 2020.2.

No Projeto sob a Coordenação da UFCG em Campina Grande, obteve-se como fruto dos diagnósticos situacionais e, por sua vez, das demandas apontadas pelos serviços e pela população, a produção de 05 (cinco) projetos de pesquisa-ação a serem executados nas Unidades Básicas nas quais o PET-Saúde Interprofissionalidade está inserido. No ínterim dos projetos, a crise sanitária provocada pelo novo Coronavírus demandou uma adaptação estratégica. Transformamos as demandas dos projetos de pesquisa-ação em temáticas formativas que começaram a acontecer no formato de encontros virtuais, todas as quintas-feiras, às 19h30, pelo canal do PET-Saúde Interprofissionalidade, no youtube, em parceria com a UFCG, Campus de Cuité, UEPB e UFRN.

Assim, na atual conjuntura, os serviços de saúde, as universidades, organizações da sociedade civil e demais serviços são desafiados a adequarem a promoção do cuidado, levando em consideração as recomendações de distanciamento social. Tais adaptações exigem um redesenho dos processos de trabalho e das tecnologias relacionais, que primam por elementos essenciais na produção do cuidado em saúde, como: a presença, olhar olho no olho, a escuta, as palavras, os gestos, etc.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar o desenvolvimento de diferentes

iniciativas e processos inovadores pelos projetos tanto antes do distanciamento social, e depois desse marco, para garantir os objetivos. Como por exemplo, o investimento no poder das tecnologias da informação e da comunicação e na criatividade dos coordenadores dos projetos e seus grupos tutoriais para adequação ao novo contexto, tais como: formação de grupos de mídia, criação das redes sociais nos serviços, teleatendimento, sites, plataformas digitais de comunicação e divulgação, reuniões virtuais entre coordenação, tutores, preceptores e estudantes, parcerias com Rádio e também a estruturação de uma rádio web, e uma diversificação de propostas com outros projetos PET-Saúde no país, com grupos de pesquisa, no desenvolvimento e participação de eventos.

AValiação DAS Ações E Estratégias DOS Projetos PET-SAÚDE PELA Assessoria TÉCNICA

Para essa edição do PET-Saúde houve apoio técnico de pesquisadores para atuação na elaboração de evidências científicas sobre as implicações do PET-Saúde Interprofissionalidade na indução de mudanças na formação e no trabalho em saúde, bem como em processos de acompanhamento e avaliação relativas às atividades dos projetos de todo o país selecionados pelo Edital 2018 do PET-Saúde Interprofissionalidade. Esse apoio realizou acompanhamento, monitoramento e avaliação a partir da pesquisa científica “Evidências Científicas sobre as implicações do PET-Saúde Interprofissionalidade na formação em saúde” sob a coordenação do professor Marcelo Viana da Costa (Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte da Universidade Federal do Rio Grande do Norte) e da professora Marina Peduzzi (Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Esse grupo de pesquisadores apoiou os projetos PET-Saúde no país realizando o primeiro encontro de acolhimento e formação aos projetos em novembro de 2018, com atividades mensais de formação e discussão utilizando plataformas online de reunião, elaborando modelos de avaliação da intencionalidade e ajustamento das propostas através dos relatórios semestral e anual, visitas in lócus em todos os serviços envolvidos, bem como, proporcionou o primeiro espaço de trocas de experiências dos todos os PET-Saúde entre outubro e novembro de 2020.

Essa experiência contou com dois dos assessores que participaram deste capítulo como autores, Eudes de Souza Lucena e Diego Bonfada, ambos professores na Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Essas experiências contribuíram para identificar entre os projetos executados pela UFCG e UEPB e as secretarias municipais de saúde dos municípios de Campina Grande, Cuité e Nova Floresta apresentaram, ao longo desses meses de execução, resultados coerentes com os efeitos da educação e/ou trabalho interprofissional. Os projetos foram bem delineados, exequíveis, organizados, bem como os recursos humanos envolvidos

na sua execução são focados e experientes. Suas ações estiveram encadeadas e apresentaram com clareza a intencionalidade na adoção dos princípios da educação e/ou trabalho interprofissional. Merecem destaque as seguintes dimensões: a aprendizagem interprofissional, o desenvolvimento de competências colaborativas, as mudanças na realidade do trabalho em saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe centrado no usuário e o fortalecimento dos princípios da colaboração no trabalho em saúde.

As potencialidades mencionadas se referem à indução de mudanças na formação e no trabalho em saúde com foco na interprofissionalidade, destacando as contribuições dos aspectos da realidade inseridos nas dimensões macro, meso e micro. As competências colaborativas tão trabalhadas e discutidas pelos projetos se mostraram capazes de melhorar a aprendizagem interprofissional e colaborativa, o efetivo trabalho em equipe interprofissional e colaborativo e a atenção centrada no usuário.

No tocante às mudanças na formação em saúde, destacaram-se à adoção e/ou fortalecimento dos princípios da educação interprofissional: tais como mudanças curriculares (fórum de cursos e criação de disciplinas), adoção de estratégias metodológicas ativas, interativas e de estímulo à aprendizagem interprofissional e compartilhada (PBL), atividades de pesquisa, extensão, desenvolvimento docente e integração ensino-serviço-comunidade.

Foi notável a reorientação do trabalho em saúde fortemente relacionada à adoção e/ou fortalecimento dos princípios da EIP e da colaboração: compartilhamento de metas e objetivos, parceria, equilíbrio de poderes, interdependência, identidade de equipe, melhoria do clima de equipe, processos de trabalho colaborativos e compartilhados, bem como atenção centrada no usuário. Talvez esse seja o maior legado e impacto dos projetos no que diz respeito à sua sustentabilidade.

As barreiras ou dificuldades evidenciadas foram naturalmente relacionadas ao processo de indução de mudanças na formação e no trabalho em saúde com foco na interprofissionalidade. Os encaminhamentos e estratégias apresentadas se mostraram potentes no enfrentamento desses aspectos a partir dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP. Além disso, as propostas de avaliação se mostraram capazes de construir indicadores de processo e de resultados, com explícito alinhamento aos princípios da interprofissionalidade.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DOS PROJETOS PET-SAÚDE

A educação interprofissional é importante para modificarmos nosso olhar acerca das formas e possibilidades de atenção à saúde. Superar as fragilidades em qualquer contexto vai muito além de apenas garantir nas instituições de ensino, e mesmo, em projetos como o PET-Saúde algum incremento sobre a importância do tema da interprofissionalidade para a formação em saúde. Essa clareza pode proporcionar um avanço real quanto afirmativa de Peduzzi (2008) de que no país

defende-se que a formação e as práticas ocorram mediante a maior necessidade de integração das áreas profissionais para que as práticas de saúde sejam desenvolvidas levando em consideração todas as etapas do processo saúde-doença, numa concepção biopsicossocial (Peduzzi, 2008, p. 421).

Em 2017 o Conselho Nacional de Saúde elaborou uma proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) comum à todas as graduações em saúde que deve, junto com as DCN de cada curso, nortear a formação na área. A ideia é que haja uma orientação geral que congrege habilidades e competências para a formação dos profissionais de saúde. Essa proposta é um marco, pois amplia a proposta de DCN comuns às áreas de saúde de 2001, ampliando as competências formativas e torna mais claras quais devem ser as pautas das Instituições de Ensino Superior, sendo a elaboração de proposta de cursos que sejam comprometidas com o desenvolvimento e bem-estar da população por meio do SUS como sistema de funcionamento assistencial e de promoção do cuidado do país. A seguir são indicados os pressupostos desse documento: I - à Defesa da Vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde; II - Atendimento às necessidades sociais em saúde; III - Integração ensino-serviço-comunidade; IV- Integralidade e Redes de Atenção à Saúde (RAS); V - Trabalho Interprofissional; VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; VIII- Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; IX- Educação e comunicação em saúde; X- Avaliação com caráter processual e formativo; XI- Pesquisas diversificadas em saúde e XII- Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde (CNS, 2018).

Desta forma, as DCN, comuns aos cursos de saúde, publicadas pelo CNS em 2018, colocam a Interprofissionalidade e as práticas colaborativas nas equipes de saúde como elemento chave para a atenção integral dos usuários do SUS. Esse reconhecimento corrobora com o destaque ao trabalho interprofissional dos profissionais de saúde, pois esse formato permite que todos aprendam colaborativamente dentro e entre as especialidades obtendo, assim, conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalharem entre si. Ressalta ainda que esse trabalho colaborativo entre os profissionais deve ser uma preocupação também na formação de uma única categoria profissional, conforme já citado pela Canadian Interprofessional Health Collaborative – CIHC (2010).

Essa avaliação do ponto anterior corrobora com a discussão de que o trabalho em equipe tem sido utilizado como proposta de enfrentamento ao intenso processo de especialização que se apresenta na área da saúde, o qual tende historicamente a cada vez mais individualizar as intervenções em saúde sem que haja uma articulação inter e/ou multiprofissional (Peduzzi, 2000). Com as experiências do PET-Saúde para a EIP reconhece-se positivamente a integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade, facilitando os aprendizados conjuntos acerca

da situação de saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços, a formação dos estudantes e proporcionar o bem-estar e protagonismo dos usuários, famílias e comunidade. O trabalho colaborativo na atenção primária coaduna com os próprios pressupostos das equipes multiprofissionais em saúde no SUS, mas esbarra nos limites oriundos de formações centradas em modelos biomédicos e no estatuto de saber que algumas categorias profissionais defendem frente a outras profissões e ao próprio saber popular. Reconhecidamente, quando existem experiências com diferentes cursos, a valorização pela interdependência e formas de trabalho há mudança nas práticas e relações profissionais.

Como potencialidade é perceptível o quanto o PET-Saúde faz sentido nos serviços de saúde, a experiência e as relações institucionais demonstram como a realização do programa proporciona mudanças a nível micro, os participantes têm experiências de aprendizagem compartilhada, em que todos os envolvidos – tutores, preceptores, alunos – trocam saberes continuamente, permitindo a visão de que é sempre possível aprender outras abordagens ou condutas, diferentes daquelas usadas em sua vivência profissional e, a partir disso, transformar e tentar sempre aprimorar o cuidado em saúde. Tão importante quanto, o aprendizado com a comunidade, seus saberes e práticas, seus costumes e crenças, possibilitam ao profissional de saúde maior sensibilização; nos serviços de saúde amplia-se a percepção profissional sobre a diáde saúde/doença, muda-se os comportamentos profissionais, fortalecendo assim a visão de equipe e se ganha uma interação entre comunidade e profissionais de saúde. Para além disso, é fortalecido os processos de democratização nas várias esferas que envolvem a participação dos sujeitos/pacientes na própria política pública de saúde.

No âmbito acadêmico, essas experiências com o projeto, permitem perceber mudança na formação dos integrantes, com ênfase no desenvolvimento de práticas mais humanizadas e comprometidas com o trabalho em equipe, na valorização de outros saberes, na autonomia dos indivíduos em seus processos de adoecimento e de cura, voltados à educação em saúde e à defesa do SUS. Modificar as experiências ainda na formação ampliam as propostas aos estudantes e corroboram com a mudança nas práxis laborais em saúde mais comprometidas com as pessoas.

Outro aspecto interessante de reflexão após os PET-Saúde trata-se do reconhecimento e articulação com cenários, serviços e profissionais como elementos constituintes da formação em saúde. Essa valorização que o trabalho e a formação interprofissional assumem sobre a realidade do trabalho em saúde ser um campo de aprendizagem, valorizam ainda a comunidade e os usuários como atores na produção desse serviço de saúde. Desta forma, potencializando que através da interprofissionalidade há uma forma de preparar os profissionais para lidar com as diversas experiências do trabalho de forma colaborativa, não só com os demais profissionais, mas também com a comunidade, para então atender efetivamente todas as necessidades de crianças, jovens e famílias (IPEC, 2011, p. 7).

Uma possibilidade real a partir do projeto foram experiências de integração

ensino-serviço-comunidade. A compreensão dessa articulação movimentou tanto como um elemento formador, comunitário e integrador de discentes, docentes, e profissionais integrantes de equipes de saúde, incluindo ainda os trabalhadores da gestão e a comunidade. Esses pontos de contato interinstitucionais fortalecem os vínculos, parcerias, ações e criaram espaços de diálogo, o que facilitou a execução de algumas atividades, bem como, propiciou identificar situações nodais de entraves a superar.

Para cada integrante do PET-Saúde o projeto ganha um sentido próprio, principalmente no que concerne a aprendizagem, todavia acredita-se que estar ocorrendo de forma participativa pode aprimorar iniciativas da atenção à saúde individual e coletiva, fortalecer e qualificar a formação profissional e promover mudanças capazes de potencializar o processo de trabalho com base em ações colaborativas e efetivas, contando com a participação de múltiplos atores sociais (Oliveira et al, 2017).

No intuito de identificar as principais fragilidades para a atuação e a formação interprofissional em saúde a partir das reflexões possíveis com as experiências do PET-Saúde alguns pontos foram identificados:

- a.** A fragilidade em reconhecer de forma crítica no trabalho e na formação os entraves sobre o trabalhar em conjunto, a valorização de todas profissões e das disputas de poder/saber existentes nas relações;
- b.** Aprofundamento da formação com base teórico-social-política comprometidos com a defesa do Sistema Único de Saúde;
- c.** Apropriação do arcabouço teórico brasileiro sobre a interprofissionalidade, alinhados às referências históricas da área de Saúde Coletiva;
- d.** Supervalorização da comunidade, das profissões e suas formações por práticas curativas em detrimento de outras formas de cuidado;
- e.** Algumas condições da organização do trabalho refletem negativamente e até desfavorecem o trabalho interprofissional e colaborativo. Como o número reduzido de profissionais nas equipes; a sobreposição de atribuições e atividades que não cabe na carga horária; a falta de um plano de cargos e carreira; as reduções e cortes salariais; a necessidade de elaboração de um plano de formação para preceptoria, bem como, a diversificação programa de residência, mestrados profissionais para o fortalecimento do papel de preceptoria;
- f.** E no que tange, aos aspectos institucionais das universidades a existência de pouca flexibilidade nos arranjos curriculares e de horários que permitam conciliar os horários dos envolvidos no PET-Saúde, principalmente dos estudantes;
- g.** Dificuldade de propor novas práticas e organizações de atividades integradas de docentes como disciplinas integradas e para diferentes cursos devido a burocracia e rigidez dos currículos (e das alterações a esses currículos da formação).
- h.** Implantação e implementação dos Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço – COAPES

Esses pontos foram identificados a partir dos documentos dos projetos e relatórios em reflexão sobre a formação em saúde. Alguns entraves recorrem da própria fragilidade que o SUS passa nesse momento no país como desmonte de políticas públicas, alterações nos critérios de financiamento, de indicadores prioritários, que impactam sobre a organização do trabalho. Ademais, não houve mais recentemente ampliação de programas ou políticas com perfil multiprofissional.

Uma das dificuldades ao trabalho em equipe pode ser considerada a partir da reflexão de que existe uma imprecisão sobre a definição do trabalho “interprofissional” em distinção do trabalho “multiprofissional”, apesar de sua relevância o conceito e sua implementação na formação não ocorrem facilmente. Conforme Ceccim (2018) a zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado (p. 1740). Esse autor continua afirmando que manter uma busca por essa zona é feita com o intuito e a clareza de que:

[...] entre os motivos pelos quais se disputa tanto pelo trabalho em equipe sob o escopo interprofissional, estão a segurança do paciente, a integralidade da atenção, a humanização das práticas e a promoção de alívio (conforto e bem-estar) aos trabalhadores. A interprofissionalidade eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, erros e danos; contribui à satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão e no tempo justo as ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute nos termos do acolhimento prestado, da integralidade da atenção e na adesão ao tratamento ou plano de cuidados prescrito/orientado. Por isso, deve-se fortemente defender e interrogar o trabalho em equipe; buscar a educação permanente em saúde; e esforçar-se pela integração ensino-serviço-gestão-participação (Ceccim, 2018, p. 1741).

Qualquer reflexão sobre o PET-Saúde requer uma avaliação complexa devido aos seus objetivos, especificidades dos diferentes contextos, abrangência, quantidade de integrantes, e a multidimensionalidade dos processos envolvidos. Todavia, toda a discussão de potencialidades e fragilidades assume que a EIP é considerada efetiva quando a atenção à saúde produz resultados positivos, sem custos exorbitantes e sem efeitos secundários negativos, causando assim uma apropriação por meio de uma prática multidisciplinar eficaz evidenciada por seus

efeitos diante do espaço onde se é trabalhado (Mira et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto PET-SAÚDE veio para acrescentar e possibilitar uma maior interação e colaboração no efetivo trabalho em equipe. Existem dificuldades desde a formação dos profissionais e percebe-se certa resistência por uma efetiva interprofissionalidade, e predileção a práticas profissionais mais restritas a cada núcleo do saber. As ações do PET-Saúde têm ajudado a modificar as práticas profissionais e veio para contribuir e melhorar a qualidade e resolutividade da assistência à saúde aproximando também o indivíduo, a família e a comunidade. A partir dessa experiência foi preciso pensar, mudar, transformar e contribuir com a forma de analisar o espaço/cenário e os contextos.

Reconhece-se que entre os participantes existem mudanças em ordem pessoal e profissional de forma positiva. Porém, para o fortalecimento da EIP ainda são necessárias mudanças na criação de proposta de programas e políticas de incentivo aos profissionais como preceptores da formação em saúde de forma permanente, superação das lógicas de organização de trabalho com alta quantidade de atribuições, valorização da formação interprofissional (residências, especializações, mestrado e doutorado) em campus de interiorização e da ampliação da equipe dita mínima da atenção primária. No âmbito das instituições de ensino, indica-se discussões ampliadas sobre mudanças curriculares, espaços integrados de planejamento e organização entre os cursos, de suas práticas, estágios, dos componentes curriculares integrados, fomentar a formação docente baseada em experiências de EIP e práticas pedagógicas inovadoras.

REFERÊNCIAS

- Araújo, T. A. M. de; Vasconcelos, A. C. P. de; Pessoa, T. R. R. F.; Forte, F. D. S. (2017) Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62): 601-613.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2018) *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/ GraduaSUS*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_edicao_pet_sau-de_graduasus.pdf
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010) *A National Interprofessional Competency Framework*. www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1739-1749.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Cuité, Paraíba*. Consulta. 2020. Acessado em 04 agos 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
- Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 569, de 08 de dezembro de 2017. Pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. *Panorama municipal. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cuite/panorama>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (2018) *Edital n. 10, 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. PET-Saúde Interprofissionalidade*. 2018/2019. <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/07/2018&jornal=530&pagina=78>

Ministério da Saúde. (2017). *Relatório Final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional e saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf.

Mira, V.L.; Peduzzi, M.; Melleiro, M. M.; Tronchin, D. M. R. ; Prado, M. F. F.; Santos, P. T. dos; Lara, E. M. S.; Silva, J. A. M. da & Borges-Andrade, J. E. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 45:1574-1581

Nascimento, M. V. N. & Oliveira, I. F. (2016) As Práticas Integrativas e Complementares Grupais e sua Inserção nos Serviços de Saúde da Atenção Básica. *Estudos de Psicologia* (Natal online), 21: 272-281.

Nascimento, M. V. N. & Oliveira, I. F. (2020) Práticas Integrativas e Complementares Grupais no SUS e o diálogo com a Educação Popular. *Editora CRV*.

Nascimento, M. V. N. & Oliveira, I. F. (2017) Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 11: 89-97.

Oliveira, R. M. et al. (2017) Integração ensino-serviço-comunidade: a experiência da unidade de saúde escola estratégia de saúde da família “São Francisco de Assis” no município de Bragança Paulista/SP. *Revista Ensaios Pioneiros*, 1(1):26-44.

Oliveira, S.F.; Brandão, G.C.G.; Jordão, A.J.J.M.L (2021). PET-Saúde/GraduaSUS em Campina Grande/PB: uma experiência de gestão participativa e construção colaborativa. In Oliveira, S. F., Brandão, G. C. G. & Jordão, A. J. J. M. L. (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino, serviço & comunidade*. João Pessoa: Ideia, p. 19-28.

Oliveira, S.F.; Morais, G.S.N.; Silva, C.M.; Rangel, J.A.; Santos, A.L.B.; Bezerra, H.C.J.; Oliveira, T.L. & Pires, S.S.V. (2021). Reorientação da Formação Profissional dos Estudantes dos Cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde: Impactos do PET GraduaSUS. In Oliveira, S. F., Brandão, G. C. G. & Jordão, A. J. J. M. L. (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino, serviço & comunidade*. João Pessoa: Ideia, p. 29-41.

Oliveira, S.F.; Morais, G.S.N; Silva, C.M.; Andrade, H.R.T.; Barros, M.S.; Sousa, R.S.;

Cabral, D.G.; Brito, T.S.; Oliveira, J.O.D.; Medeiros, H.O.; França, I.V. (2021). Processo de Trabalho e Metodologias Participativas na Atenção Básica à Saúde: uma reflexão a partir do PET GRADUASUS. In Oliveira, S. F., Brandão, G. C. G. & Jordão, A. J. J.M. L. (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino, serviço & comunidade*. João Pessoa: Ideia, p. 42-56.

Peduzzi, M. (2000) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Saúde Pública*, 35(1): 103-109.

Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983.

Silveira, A. S.; Figueiredo, E. Q. G.. *Um sonho que se tornou realidade: Relato histórico da criação da Faculdade de Odontologia de Campina Grande e do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Regional do Nordeste*. Campina Grande: EDUEPB, 2014. 301 P.

UEPB. *Histórico*. Campina Grande, PB; [s.d.]. "Disponível em: <<http://www.uepb.edu.br/a-uepb/historico/>>"; "Acesso em:13 de dez de 2020".

2

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES GRUPAIS E A EDUCAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento, Gisetti Corina Gomes Brandão, Priscilla Maria de Castro Silva, Leandro Oliveira de Andrade, Suenny Fonsêca de Oliveira, Maria Giovana Alves Tito, Renally Cristine Cardoso Lucas, Fabíola Pâmella Batista da Silva, Rodrigo Antonio da Silva Sales, Ana Letícia Holanda Cavalcanti, Camila Gonçalves Queiroz, Lucas Cardoso Pereira

Resumo

O PET-Saúde/Interprofissionalidade tem como pressuposto a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, por meio do fomento de grupos de aprendizagem tutorial, com vistas ao fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Nessa perspectiva, este capítulo objetiva relatar a experiência de formação em PICs e Metodologias Participativas do PET-Saúde/Interprofissionalidade, com vistas a reorientar a formação e as ações de saúde a partir da educação popular. Para tanto, promovemos oficinas sobre Práticas Integrativas e Complementares Grupais (PIC's) e Metodologias Participativas para tutores, preceptores e estudantes, vinculados ao programa, e demais profissionais interessados. O processo formativo tomou como base os fundamentos teóricos-metodológicos da educação popular, com o intuito discutir e implementar práticas de educação em saúde participativas, dialógicas e emancipadoras, centradas no compartilhamento horizontal das experiências. Desse modo, ao longo de 02 (dois) meses, realizamos 08 (oito) encontros teórico-vivenciais, cada um com duração de 04 (quatro) horas, compostos pelas seguintes temáticas e metodologias: Educação Popular em Saúde, Tenda do Conto, Círculo de Cultura, Terapia Comunitária, Teatro do Oprimido, Arteterapia, Psicomotricidade e Contoterapia. As PIC's e as metodologias participativas, em diálogo com a educação popular, têm contribuído para a reorientação das práticas de saúde, pois fortalecem a dialogicidade e os vínculos entre usuários e profissionais de saúde, por meio de ferramentas e relações horizontalizadas.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) é uma ação dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, por meio de projetos elaborados a partir das necessidades do SUS.

O PET-Saúde foi instituído em 2008, através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e para a integração ensino-serviço-comunidade, articuladas com a política de educação

permanente. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade com envolvimento de docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde, para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS.

O PET-Saúde financia o pagamento de bolsa para as seguintes atividades: a) iniciação ao trabalho, destinada a estudantes de graduação da área da saúde, regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior (IES) públicas e privadas, sem fins lucrativos; b) tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do Programa; e c) preceptoria, destinada a profissionais de saúde do SUS.

Em 2018, o Ministério da saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), lançou o Edital N° 10, de 23 de Julho de 2018, com a temática PET-Saúde/Interprofissionalidades, com vigência até 2021. O Programa tem como pressupostos a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio do fomento de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito do fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Caracteriza-se como instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção do cuidado em saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde da UFCG (Medicina, Psicologia e Enfermagem).

Nesse sentido, o PET- Saúde/Interprofissionalidade é orientado por três linhas de atuação: mudanças curriculares, qualificação e integração ensino-serviço-comunidade e articulação com outros projetos, linhas estas que são operacionalizadas a partir dos seguintes objetivos: a) fazer uma análise democrática e participativa dos Projetos Pedagógicos dos três cursos de saúde da UFCG, considerando-se estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde para propor uma aproximação das Matrizes Curriculares e uma integralização mais efetiva; b) implementar ações práticas no âmbito da intervenção interprofissional de saúde a partir da articulação dos três cursos de saúde da UFCG; c) desenvolver atividades de formação para qualificação do trabalho interdisciplinar no âmbito do SUS, de modo a promover a Educação Interprofissional-EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde; d) potencializar linhas de cuidado no âmbito do SUS, a partir da Política de Educação Permanente em Saúde, com vistas ao fortalecimento da interdisciplinaridade, da integralidade e da humanização na assistência à saúde; e) elaborar projetos de pesquisa, extensão, TCC's, bem como implementar projetos intervenções articulados ao PET-SAÚDE/Interprofissionalidade, corresponsabilizando, dessa forma, todas as instituições e atores na promoção à saúde do território.

Em nosso contexto, o PET-Saúde/Interprofissionalidade é uma parceria da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (SMS/CG), com atuação em 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços são vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, distribuídos em diferentes distritos do município e conta com a atuação de professores tutores, profissionais preceptores e estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia.

Na perspectiva de promover uma formação e atuação em saúde orientada para as reais necessidades dos serviços e da população, o PET-Saúde/Interprofissionalidade promoveu um conjunto de oficinas sobre Práticas Integrativas e Complementares Grupais (PIC's) e Metodologias Participativas para tutores, preceptores e estudantes vinculados ao programa, e demais profissionais interessados. O processo formativo tomou como base os fundamentos teórico-metodológicos da educação popular, com o intuito de discutir e implementar práticas de educação em saúde mais participativas, dialógicas e emancipadoras, centradas no compartilhamento horizontal das experiências.

Diante do exposto, este capítulo objetiva relatar a experiência de formação em PIC's e Metodologias Participativas realizadas no PET-Saúde/Interprofissionalidade da UFCG/Campina Grande, como estratégia de cuidado e atenção integral à saúde na atenção básica, bem como as possibilidades de diálogo com a educação popular.

AS PIC'S NO CONTEXTO DO SUS

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) são consideradas sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos baseados em matrizes culturais que não são presentemente considerados parte da medicina convencional (Luz, 2014; Barros e Tesser, 2008) e que pretendem atuar nas esferas da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nessa direção, as PIC's emergem como possibilidade de contestação do modelo biomédico, baseado numa ciência com pressupostos objetivistas que negligenciam a integralidade do sujeito e do cuidado, e está ancorada apenas na medicalização e no consumo de consultas médicas, dos medicamentos e procedimentos como alternativa de intervenção. Em contrapartida, as PIC's atuam fundamentadas por princípios, como: escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com o ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano (Brasil, 2006).

As PIC's foram institucionalizadas pelo Sistema único de Saúde (SUS) em 2006, por meio da Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), portaria GM nº 971, que inseriu práticas terapêuticas, tais como: a Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura, Medicina Antroposófica, Termalismo/Crenoterapia, Práticas Corporais/Atividade Física, Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa (Brasil, 2006).

Em 2017, após 11 (onze) anos de institucionalização da Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em uma nova edição da portaria, foram incorporadas mais 14 (catorze) atividades, somando-se 19 (dezenove) PIC's, quais sejam: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária e yoga. No ano de 2018, foram acrescentadas a Apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais. Assim, em 2020, totalizam-se mais de 29 PIC's ofertadas pelo SUS (Brasil, 2018).

Desde a publicação da portaria nº 971, e as subsequentes que regem a Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), muitos estados e municípios brasileiros, mesmo com iniciativas tímidas, implantaram e ampliaram a oferta dessa modalidade de intervenção nos serviços de saúde, de modo institucionalizado ou não, por meio de Atos ou Leis Municipais. Desse modo, em algumas partes do Brasil, identificamos práticas de saúde que não fazem parte da Política Nacional, mas compõem o repertório de potencialidades culturais locais, ao mesmo tempo que estão sintonizadas com os princípios das PIC's, mencionados anteriormente. São exemplos dessas práticas a Tenda do Conto, o Teatro do Oprimido, Ciclo de Cultura, dentre outras.

A inserção das PIC's com ênfase nas potencialidades locais tem se dado, muitas vezes, mediante reivindicações da própria comunidade e, por conseguinte, das demandas dos próprios territórios. É uma forma de incorporar práticas de saúde sintonizadas com os desejos e realidades sanitárias locais, em vez de seguir os pacotes prévios criados pelas políticas nacionais de saúde (Nascimento e Oliveira, 2017). Nesse sentido, na formação do PET-Saúde Interprofissionalidade, adotamos os princípios da educação popular como uma possibilidade de (re) orientação das PIC's nos serviços de saúde, com foco em práticas de cunho participativo, que valorizam, articulam e confrontam os diversos saberes, por meio de métodos horizontais entre usuários e profissionais de saúde.

A EDUCAÇÃO POPULAR COMO EIXO NORTEADOR DAS PIC'S E DAS METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS

Ainda que o modelo biomédico continue vigente, desde a década de 1960, tendências contra-hegemônicas de cuidado em saúde emergiram a partir de movimentos progressistas e da própria sociedade civil. Nesse sentido, a educação popular foi uma das principais concepções teórico-metodológicas das práticas de saúde, conforme afirma Vasconcelos (2013):

(...) a educação popular tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado e, de outro lado, a dinâmica

de adoecimento e de cura do mundo popular. (p. 30)

A adoção dos princípios da educação popular, nas práticas de saúde, significa um redimensionamento nas relações de poder entre usuários e profissionais, com seus saberes gestados nos espaços oficiais de saber. Assim, o conhecimento popular passa a ter um maior valor, pois parte-se de uma atitude educadora que suscita processos participativos. Para tanto, o diálogo é um conceito fundamental que busca a valorização, articulação e confronto dos diversos saberes e contribui para que as pessoas participem na definição de prioridades e estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde. Nesse sentido, devemos tomar como ponto de partida a experiência anterior das classes populares (...) “No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas adquirem um entendimento sobre a sua inserção na sociedade. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da educação popular” (Vasconcelos, 2013, p. 15).

A partir do diálogo com a educação popular, as PIC's Grupais foram introduzidas nos serviços de saúde como forma de resistência à hegemonia do poder médico cientificista, na tentativa de reorientar a globalidade das ações e garantir uma pluralidade terapêutica na qual as pessoas têm autônomo poder de participar das decisões que dizem respeito ao seu processo saúde-doença. Tais práticas apresentam seu caráter contra-hegemônico ao diversificarem as referências de saber e as técnicas autônomas e heterônomas de cuidado de si e dos outros, constituindo-se em possibilidade de cuidado para grande parte das situações comuns de adoecimento, típicas da APS (Tesser, 2010).

As PIC's Grupais são inseridas no SUS com ênfase na promoção e na prevenção, em especial nas ações de educação em saúde. Contudo, dado o caráter tradicionalista das referidas ações, com posturas bancárias que compreendem as pessoas como depósito de conhecimento, as PIC's se ancoram numa relação dialógica na qual todos são, ao mesmo tempo, participantes e construtores da realidade. Para Nascimento e Oliveira (2020), o diálogo das PIC's com a educação popular pode ser construído a partir da adoção de ferramentas participativas, no mínimo, a partir de três caminhos:

a) Valorização dos saberes práticos

O primeiro, diz respeito à atitude de valorização dos saberes e potencialidades individuais e coletivas, de modo a (re)pensar as PIC's para torná-las mais integradas aos interesses e à cultura das pessoas. São aspectos que se manifestam através dos símbolos e significados que as pessoas constroem sobre as coisas e o mundo, referenciados pelas próprias raízes culturais, pelos saberes populares e as diferentes tradições em todas as suas dimensões (Brandão, 2014). Trata-se de compreender que os saberes da população são constituídos a partir de experiências concretas e vivenciadas distintamente pelos profissionais.

b) Reconhecimento dos espaços educativos em saúde como potencialidade para a participação social

Um segundo caminho refere-se a uma das principais conquistas populares da política de saúde no Brasil, que é a democratização dos serviços e acesso da população aos processos decisórios, via participação social e popular, seja por meio dos espaços instituídos, como conselhos, conferências, seja por meio de espaços comunitários informais. Em consequência, fortalece o poder local e estimula experiências de co-gestão, com o intuito de construir um SUS coletivo e solidário.

c) Reorientação da educação em saúde como ação educativa

O terceiro caminho de aproximação das PIC's Grupais com a educação popular é a reorientação das ações de educação em saúde nos serviços, numa perspectiva de participação ativa e autêntica da comunidade, para a efetiva construção da integralidade e da promoção da saúde de forma mais ampla. Certamente, implica a adoção de metodologias participativas nos serviços de saúde, para as quais se destacam aquelas referenciadas pela educação popular, pois rompem com as formas hierárquicas e autoritárias de praticar a educação em saúde, que visam a domesticação das pessoas e a simples reprodução de saberes para dar lugar a uma metodologia "dialética-dialógica-libertadora", em que as ações são construídas junto com e não para as pessoas.

Para Freire (1980), devemos colocar no horizonte o protagonismo de sujeitos ontologicamente capazes de compreender a si e o mundo, e intervir sobre o mesmo com autonomia e consciência, pois a conscientização é um compromisso histórico, implicando o engajamento de homens que "assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Entendemos que um dos primeiros passos para a promoção de processos participativos em saúde é a organização do planejamento participativo, cujo objetivo é conhecer a realidade das pessoas e grupos com os quais realizaremos algumas atividades. Significa partir das necessidades da população, planejar e avaliar de modo participativo, com o envolvimento dos diversos atores, num exercício de ação-reflexão-ação.

OFICINAS DE FORMAÇÃO EM PIC'S E METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS NO PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE

O início das atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade requereu de toda a equipe um trabalho de imersão nos cenários de práticas da atenção básica à saúde de Campina Grande (PB) para realizarmos o processo de territorialização, com o objetivo de construir em conjunto com a comunidade e os profissionais, as demandas técnico-pedagógicas e sócio-sanitárias.

Do ponto de vista das necessidades técnico-pedagógicas, os profissionais dos serviços de saúde apresentaram fragilidades no manejo com os grupos de educação em saúde, particularmente, aqueles com ações direcionadas a pessoas com

diabetes, hipertensão, problemas com tabagismo, saúde mental, etc. Observamos que as atividades ocorriam de um modo bancário, quase sempre centrado no saber dos especialistas, que repassavam informações pertinentes aos problemas de saúde sem considerar o saber e as experiências dos usuários na construção e execução das propostas.

Desse modo, estruturamos um plano de formação em PIC's e Metodologias Participativas para intervenções grupais em saúde, com o intuito de instrumentalizar os docentes, profissionais e estudantes envolvidos no PET-Saúde/ Interprofissionalidade para as ações coletivas de educação em saúde. Dessa maneira, ao longo dos meses de outubro e novembro de 2019, realizamos 08 (oito) encontros teórico-vivenciais, cada um com duração de 04 (quatro) horas, com uma média de 50 (cinquenta) participantes, compostos pelas seguintes temáticas e metodologias: Educação Popular em Saúde, Tenda do Conto, Círculo de Cultura, Terapia Comunitária, Teatro do Oprimido, Arteterapia, Psicomotricidade e Contoterapia.

O primeiro encontro teve como objetivo discutir e problematizar os princípios da educação popular como orientadores das práticas de educação em saúde, numa lógica participativa, tendo em vista que as ações em saúde não podem ser entendidas como um ato isolado ou puramente técnico. Certamente, constitui-se num convite à ação e ao aprendizado conjunto, numa relação de horizontalidade e compartilhamento de saber e poder, que produz o empoderamento das pessoas e organizações envolvidas.

A seguir, apresentamos o relato de experiência das oficinas de PIC's e Metodologias Participativas facilitadas na formação para intervenções em grupos na atenção básica à saúde.

A Tenda do Conto e a construção de narrativas e memórias afetivas

A Tenda do Conto é uma PIC grupal participativa idealizada pelas enfermeiras Jacqueline Abrantes e Lourdes Freire, no ano de 2007, nos territórios de Panatis e Soledade I, localizados no Bairro do Potengi, em Natal (RN). Como trabalhadoras da Estratégia de Saúde da Família, durante as visitas domiciliares, a enfermeira Jacqueline Abrantes e a então Agente Comunitária de Saúde, Maria de Lourdes Freitas, atualmente enfermeira, perceberam que poderiam adentrar além das casas de concreto das pessoas para ouvir com atenção as narrativas e histórias sobre objetos.

Durante a inserção destas profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendiam às comunidades de Panatis e Soledade I, Jaqueline e Lourdes, em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sentiram a necessidade de descobrir as histórias que existiam por trás daqueles idosos que participavam do grupo de diabéticos e hipertensos. Ou seja, olhar para além da doença que os acometia e focar em suas vidas e nos aspectos que os afetavam. Desde então, as enfermeiras tomaram a iniciativa de realizar atividades grupais em espaços abertos,

para os quais solicitavam aos participantes que trouxessem de suas casas objetos que guardassem algum afeto e que representassem parte de sua história de vida.

Dessa forma, a Tenda do Conto se constituiu como um espaço de escuta, de respeito às vozes quase sempre não ouvidas, pois valorizavam a experiência das pessoas na medida em que se colocavam como narradoras e protagonistas de sua própria história, sem a pretensão de dar resolutividade aos problemas enfrentados pelos participantes. Certamente, as angústias, lembranças, alegrias e dores fazem parte de um processo de vivência e troca de experiências, com significações e ressignificações coletivas. Assim, a Tenda do Conto visa oferecer um espaço coletivo de fala, escuta e partilha de experiências, na perspectiva de cada participante, e, por conseguinte, potencializar as relações interpessoais, criar vínculos, promover suporte social e favorecer o aprendizado de novas formas de autocuidado.

Em termos de planejamento da Tenda do Conto, a importância da vivência se inicia desde o convite até o momento de finalização. A partir do próprio convite, as pessoas são convidadas a falarem de si e de suas experiências, num movimento em que são desafiadas a escolher um objeto que consiga transmitir suas memórias e emoções, o que muitas vezes já é um processo que imprime sensibilizações. Então, dizemos que a vivência da Tenda do Conto e o contato com as memórias começa no próprio momento de busca pelo objeto. Assim, uma semana antes da oficina, solicitamos a todos os participantes que levassem um ou mais de seus pertences que apresentassem uma relação com sua identidade pessoal e que estivessem relacionados com a história de vida de cada um.

Além da importância do convite é essencial preparar o ambiente no qual a Tenda será realizada, a fim de torná-lo mais acolhedor e intimista. Para isso, ornamentamos a sala com as seguintes características: uma mesa decorada com mantas e colchas de retalho, que receberam os objetos trazidos pelos participantes, e objetos levados pelos facilitadores que remetessem a diferentes fases da vida e pudessem servir de disparadores de recordações para aqueles que, por algum motivo, não levaram um objeto. Mesmo que a pessoa leve o seu utensílio, se desejar, pode trocar por outro, no momento da vivência, com vistas a potencializar o diálogo, lembrar memórias e estimular as narrativas. Como composição da ambientação, também foi confeccionado, de maneira artesanal, em moldura de fuxicos, um cartaz com o mote: “A Tenda está posta, a cadeira está vazia. Venha nos contar o seu conto de amor, dor ou alegria”

Outro ponto importante, diz respeito à organização dos assentos, arrumados todos de maneira circular para que todos os presentes possam ver um ao outro, além de um assento ao lado da mesa, decorado de maneira especial, indicando o local em que a pessoa pudesse apresentar seus objetos pessoais, contar suas histórias e ser acolhido pelos demais presentes. Vale ressaltar que, antes da vivência, escolhemos uma playlist musical para ser utilizada tanto na chegada dos participantes quanto durante as pausas de fala de cada um, assim como aromatizador de ambiente e luz baixa para tornar o espaço mais aconchegante.

O início da oficina foi marcado por um breve acolhimento, com a intenção de propiciar maior aproximação e leveza aos momentos subsequentes. A dinâmica começou com a formação de duplas. Cada dupla deveria se olhar por menos de um minuto, depois ficaria de costas uma para a outra, e, na sequência, modificaria algo na sua aparência. Ao retornarem o olhar para o outro, a dupla deveria adivinhar qual a mudança tinha sido feita pelo seu parceiro de dinâmica e verbalizar alguma característica marcante. Após esse momento, as pessoas expressaram que foi um exercício difícil ver o outro e serem vistas pelo mesmo, de uma maneira tão singular.

Após a dinâmica, uma das facilitadoras sinalizou o momento em que as pessoas poderiam contar a história sobre o seu objeto, a partir da frase: "a Tenda está posta, a cadeira está vazia. Venha nos contar o seu conto de amor, dor ou alegria". Inicialmente, percebemos um pouco de silêncio, timidez, dúvida e resistência ao convite, por parte dos participantes. Esse comportamento ocorreu, provavelmente, devido à singularidade e necessidade de coragem de cada um para usar o assento da cadeira e falar de si mesmo, principalmente ao fazê-lo em público e em um ambiente acadêmico, no qual muitas vezes as pessoas não expressam suas vivências pessoais de forma tão íntima. Entretanto, com o passar do tempo, majoritariamente, as pessoas participaram, e, à medida que elas desejavam apresentar o objeto e falarem de suas histórias, foi possível conhecer um pouco mais o sujeito que constitui cada estudante, preceptor e tutor, tendo em vista que puderam expressar seu percurso pessoal, hobbies, experiências dolorosas e/ou prazerosas, entre outras.

Após a experiência vivencial, dedicamos o segundo momento da oficina para a discussão acerca da metodologia da Tenda do Conto. Nesse sentido, apresentamos os princípios e percurso teórico que justificam e orientam a referida prática integrativa. De modo geral, apresentamos como se deu o início da Tenda do Conto na atenção básica e alguns dos eixos que norteiam a vivência, a exemplo da escuta horizontalizada. Dessa forma, discutimos a importância de conhecer os sujeitos que ocupam os espaços de atendimento, com o intuito de ouvir e compreender melhor suas histórias de vida, seus atravessamentos sociais e de adoecimento.

Por fim, as pessoas socializaram suas percepções acerca da experiência de contação das histórias e resgate das memórias, e o quanto foi interessante e emocionante conhecer o outro a partir dos relatos, de modo que foram frequentes algumas frases, como: "não fazia ideia que você sofria com isso" ... "cada história foi muito impactante"... "nunca participei de uma prática integrativa como esta". Os participantes relataram sentir-se encantados com a ambientação, com a prática, com as histórias, e lembraram como a Tenda do Conto é mobilizante, acolhedora, uma prática de cuidado e de possibilidades para se descobrir gargalos no cuidado integral em saúde, dentro da comunidade, que podem não surgir num atendimento clínico convencional.

Por tratar-se de uma oficina teórico-vivencial, observamos a mobilização e o

aprendizado por meio do deslocamento de afetos e a percepção cognitiva inteiramente ligados entre si. Isso ocorre pelo ato de aprender sentindo, na busca pela promoção do autocuidado e formação para uma escuta atenta que pode ser multiplicada nas Unidades Básicas de Saúde, com os demais profissionais e usuários. O exercício de dar voz e vez ao sujeito, com empatia, e uma escuta qualificada nos serviços de saúde são potencializadores para o cuidado e para a autonomia dessas pessoas, de forma que o usuário se coloca como autor no seu próprio processo de saúde e sofrimento. Para além do aprofundamento da relação usuário e profissional, essa ferramenta é útil para o fortalecimento de vínculos entre as pessoas dos territórios e grupos.

A Terapia Comunitária como experiência de ajuda mútua e troca de experiências

A Terapia Comunitária é uma Prática Integrativa e Complementar Grupal construída pelo Médico Psiquiatra e Docente Adalberto de Paula Barreto. Em sua experiência com a comunidade de Pirambu, em Fortaleza-CE, o professor percebeu a necessidade de sistematizar um método que viesse a estimular a participação coletiva na busca pela resolução de problemas e, ao mesmo tempo, fortalecer os laços sociais entre as pessoas que participam dos encontros grupais. Dessa maneira, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) tem como principal objetivo a criação de um espaço coletivo e horizontal no qual os participantes possam partilhar suas histórias de angústias, sofrimentos e conflitos. Nesse espaço, todos se tornam corresponsáveis pela busca de respostas e soluções para problemas do cotidiano (Barreto apud Caricio, 2010).

A Terapia Comunitária, segundo Barreto (1996) é organizada a partir cinco eixos teóricos, sintetizados a seguir:

a) **A Teoria Sistêmica**, que objetiva entender os comportamentos das pessoas em seu contexto, destaca a interdependência entre os elementos que conformam um sistema. Esse entendimento teórico possibilita a compreensão de que cada indivíduo é um todo e que cada parte influencia e interfere nas outras. Para enfrentar a vida com prazer e buscar a solução dos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, as pessoas precisam estar conscientes da globalidade em que estão inseridas, sem perder de vista a relação entre as partes do conjunto a que pertencem (p. 20).

b) **A Teoria da Comunicação**, considerando que esta não apenas transmite informações, mas também condiciona a qualidade e a dinâmica das relações. Parte dos seguintes critérios:

- Todo comportamento é comunicação, de forma que comunicamos não apenas com as palavras, mas com todas as nossas ações e práticas;
- Toda comunicação tem dois lados, a considerar: o conteúdo e o tipo e qualidade da relação que estabelece entre as pessoas;
- Toda comunicação está definida pelo tipo de relação simbólica entre os participantes;

- Toda comunicação está conformada pelas expressões verbais, bem como as não-verbais;

- Toda comunicação entre pessoas é feita de forma simétrica e complementar.

c) A **Antropologia Cultural**, neste eixo teórico, Barreto (1996) chama a atenção para a importância da cultura, destacando esse grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais. Aponta que, a partir do referencial cultural de uma comunidade, cada membro retira sua habilidade para pensar, avaliar, discernir valores e fazer suas opções no cotidiano.

d) **Educação popular**, pois na terapia comunitária, não há aqueles que ensinam e os que aprendem, mas um confronto mútuo de saberes. O terapeuta comunitário, que tanto pode ser um profissional formado nos bancos das Universidades, quanto uma liderança comunitária, não delibera verdades sobre os temas explorados nas terapias. Ele é um facilitador, um arquiteto do diálogo, e da produção de sentidos, que suscita a competência do próprio grupo na solução dos problemas. No movimento de construir e reconstruir histórias, somos todos, ao mesmo tempo, participantes e construtores da realidade, num processo de criação e recriação colaborativa.

e) **Resiliência**, que significa a capacidade que as pessoas têm de gerar força e potência de agir a partir do próprio sofrimento, despertando a capacidade de aprendizado das pessoas e uma competência para mobilizar estratégias de enfrentamento.

A TCI é composta por 05 (cinco) etapas de desenvolvimento: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou mote e encerramento ou conotação positiva. No acolhimento, as pessoas foram recebidas com algumas técnicas e dinâmicas de integração dos participantes. Além disso, foram apresentadas as regras e acordos da TCI: fazer silêncio enquanto o outro se expressa, falar na primeira pessoa e não dar conselhos.

Como técnica de acolhimento, optamos pela facilitação da Técnica do Nó. Tal dinâmica foi dividida em dois momentos: no primeiro, os participantes organizados em um grande círculo precisavam observar quais os outros participantes seguravam suas mãos direita e esquerda. Em seguida, e com o círculo desfeito, todos caminharam pela sala livremente. Nesse momento, se deu o início do segundo momento da técnica: cada um tornava a segurar as mãos das mesmas pessoas que antes tiveram ao lado. Observando o surgimento de um grande nó, todos os participantes passaram a pensar em conjunto, estratégias para desatar esse nó sem soltar as mãos uns dos outros.

Muitas foram as possibilidades pensadas em busca de solucionar a problemática que surgiu durante a técnica. Apesar dos esforços, não foi possível desatar o nó por completo, mas foi possível afrouxá-lo, tornando-o mais confortável. Assim como se dá na TCI, quando coletivamente todos se põem a pensar estratégias e soluções para o enfrentamento surgido a partir da escolha do tema, observamos também que nem sempre será possível chegar a uma estratégia final que possa

sanar de vez a questão que foi trabalhada, mas ainda existirá a possibilidade de encontrar possíveis caminhos que venham a afrouxar, pouco a pouco, as angústias, problemáticas e sofrimento.

No momento da escolha do tema, os participantes foram convidados a partilhar, de forma breve, as suas angústias e sofrimentos, podendo utilizar algum ditado popular, a exemplo de “quando a boca cala, os órgãos falam. Quando a boca fala, os órgãos saram” (Caricio, 2010). Posteriormente, as pessoas escolheram o tema com o qual mais se identificaram no momento.

Após a escolha do tema, iniciamos a contextualização, etapa na qual a pessoa escolhida tem um maior espaço para a expressão do seu problema e os demais participantes podem fazer perguntas. Esgotadas as possibilidades de fala da participante escolhida para narrar a sua história, passamos a problematização, momento em que as pessoas foram convidadas a partilharem suas experiências pessoais, semelhantes à problemática escolhida. A ideia é que as pessoas externalizem situações iguais ou semelhantes à temática trabalhada e sinalizem quais as estratégias foram utilizadas para a superação do problema. Por fim, através do encerramento a vivência foi fechada com uma conotação positiva acerca do problema debatido.

A vivência da TCI dentro do PET SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE aconteceu com todos os participantes do programa: estudantes dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Medicina, tutores (docentes da universidade) e preceptores (profissionais de saúde dos serviços). Em forma de oficina, foi planejada e facilitada por alunos do curso de Psicologia e por uma preceptora com formação em Terapia Comunitária. Para tal, os alunos fizeram uma revisitação à teoria, no livro de Adalberto Barreto.

No dia da vivência, os facilitadores ornamentaram o ambiente com almofadas e tapetes para formação da roda, de modo que todos pudessem se ver. A facilitação ficou dividida entre uma terapeuta e dois co-terapeutas. Como se tratava de uma oficina teórico-vivencial, ao final fizemos uma discussão com os participantes, com o intuito de promover a aprendizagem e articulação da vivência com a prática.

Ao longo da oficina, os temas que apareceram giraram em torno de experiências vinculadas ao universo acadêmico. Dentre os mais presentes, destacamos: a “pressão por produtividade”, “ambiente hostil”, “ansiedade” e “depressão”. As temáticas “divergências familiares” e “pressão dos familiares” também se fizeram presentes durante a vivência, mas de forma menos expressiva.

Observamos que, embora professores, alunos e preceptores ocupem posições diferentes no Projeto PET e no ambiente universitário, as experiências compartilhadas se mostraram bastante próximas e similares, o que gerou um sentimento de integração e aproximação entre os participantes e mostrou que muitos dos problemas que perpassam um mesmo universo comunitário - nesse caso, a universidade -, embora sejam particulares e individuais, são peculiares, também, a outras pessoas que habitam esse espaço e podem se tornar coletivos.

Um outro aspecto interessante identificado na TCI, assim como em outras metodologias, foi o fato de, mesmo aqueles participantes que não tiveram seu problema escolhido, conseguiram durante a contextualização, retomá-los com uma conotação mais positiva do que quando trazidos no momento da escolha do tema. É possível uma construção coletiva de compartilhamento de experiências e saberes entre todos os participantes, com a ressignificação das próprias angústias e o auxílio aos demais ao reposicionar seus pensamentos diante dos próprios conflitos.

Por se tratar de um grupo próximo, em razão da convivência na universidade e no programa PET, identificamos que, durante alguns momentos de pausa, na hora da explanação do problema trazido pela participante escolhida, algumas pessoas se colocaram na posição de poderem continuar a narrativa por ela, o que é comumente observado durante TCI's em comunidades nas quais pessoas conhecem a vida e angústias de seus amigos e vizinhos. Nesse caso, é necessário uma intervenção para que a própria participante fale da maneira que se sente mais confortável.

Outro aspecto observado nesse grupo especificamente, talvez por se tratar de estudantes e profissionais da área da saúde, foi o direcionamento de algumas das perguntas à semelhança de uma anamnese do problema, a exemplo de perguntas, como: "há quanto tempo vem se sentindo assim?"; "está tomando alguma medicação psicotrópica?"; "sente também algum incômodo físico?". Nesse momento, os facilitadores realizaram algumas intervenções, de maneira não intrusiva, com uma nova pergunta que redirecionasse a contextualização para um aspecto mais específico, subjetivo e afetivo, e menos biomédico. Após o término da contextualização, a participante do tema escolhido foi convidada a falar, caso desejasse, e contasse como se sentia após ouvir tantas experiências e histórias de superações, que disse estar se sentindo mais leve, grata e compreendida.

Em seguida, o grupo de facilitadores fez um agradecimento a todos que participaram e compartilharam seus problemas, em especial à pessoa que teve seu problema escolhido. Esse momento foi de grande emoção, pois foi mencionado a importância da abertura da participante que se propôs a colocar um problema tão íntimo da sua vida, para um grupo de pessoas que, apesar de serem colegas da universidade, não tinham jamais conversado sobre situações emocionais enfrentados. Ainda nesse momento, lembramos o quanto a problemática da participante escolhida ajudou os outros a redimensionarem alguns dos seus conflitos.

Ao final, após a retomada e avaliação com a conotação positiva de toda a vivência, pedimos que os participantes pudessem relatar brevemente, em uma palavra, como se sentiam, e surgiram palavras, como: leveza, partilha, cuidado e aprendizado.

Círculo de Cultura dialogando com o PET Interprofissionalidade sobre o Trabalho em Equipe

No contexto da formação em PIC's e Metodologias Participativas, dentre muitas propostas, o Círculo de Cultura foi contemplado. Paulo Freire (1991) idealizou e sistematizou os Círculos de Cultura fundamentados em uma concepção pedagógica, cujo caráter é radicalmente democrático e libertador, tendo como proposta uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os nós críticos vivenciados em uma determinada conjuntura.

Essa concepção promove a horizontalidade na relação educador-educando e a valorização das culturas locais, da oralidade, contrapondo-se em seu caráter humanístico, à visão elitista de educação. (Freire, p.1,1991)

É através do diálogo que acontece democraticamente nos Círculos de Cultura, entre educadores, graduandos e trabalhadores da saúde que podemos nos reconstruir e nos reinventar, na busca permanente dessa potencialidade vivida nos CC, em repúdio à forma de reprodução da ideologia dominante, possibilitando a interação com nossos educandos.

Momentos Vivenciados no Círculo de Cultura

A vivência do Círculo de Cultura, com todos os atores envolvidos no PET Interprofissionalidade de CCBS/UFMG, teve como objetivo propiciar uma reflexão sobre o Trabalho em Equipe. Para maior entendimento, descrevemos a execução da referida metodologia a partir dos momentos vivenciados.

Primeiro momento: Acolhimento: nesse momento recebemos os Petianos com músicas, em um ambiente preparado com decoração leve e colorida.

Segundo momento: Em pequenos círculos, totalizando cinco círculos com oito pessoas, pedimos que as pessoas escrevessem dez palavras que remetessem ao Trabalho em Equipe, e, em seguida, listamos as palavras comuns aos cinco grupos.

Terceiro momento: Com as palavras comuns, cada Círculo de Cultura construiu um conceito sobre Trabalho em Equipe Interprofissional e, para apresentar em plenária o conceito elaborado através das palavras comuns, a proposta foi que os participantes usassem a criatividade. Desse modo, tivemos excelentes produções: cordel, poesia, paródia e dramatizações.

Quarto momento: Após a apresentação dos produtos advindos dos Círculos de Cultura, realizamos uma exposição dialogada para fundamentar teoricamente a metodologia. Posteriormente, encerramos em um grande Círculo no qual apresentamos fitas coloridas. Ao escolherem a fita, as pessoas fizeram a avaliação da vivência e finalizamos nos abraçando, ao som da música "Dentro de um Abraço", de Jota Quest.

Fechando um círculo e abrindo vários: Diante das apresentações, obtivemos um aprendizado a partir do resgate da cultura e da ressignificação do aprendizado de forma coletiva, construído a partir de palavras comuns dos cinco Círculos de Cultura. Essa metodologia consiste, portanto, na relação dialógica que é mantida

entre todas as pessoas que participam do referido processo, numa dialogicidade que requer, tanto daquele que exerce a função de educador(a) quanto daquele que exerce a função de educando, “um profundo respeito mútuo.”

Dessa forma, “(...) o círculo de cultura, na concepção de Educação Libertadora e Dialógica é um espaço circular de expressão do ser. Ao partirmos da codificação da realidade, o educando procede a decodificação para voltar a codificá-la.” É, portanto, um espaço reflexivo e participativo. O ser é reconhecido como individualidade dentro do coletivo (Freire, 1991).

Teatro do Oprimido: o pensamento sensível por meio de outras linguagens

Em seu livro “A Estética do Oprimido”, lançado em 2009, Augusto Boal, idealizador do Teatro do Oprimido, abre a sua obra com as seguintes palavras: “arte não é adorno, palavra não é absoluta, som não é ruído e as imagens falam, convencem e dominam. A estes três poderes- palavra, som e imagem – não podemos renunciar, sob pena de renunciarmos à nossa própria condição humana”. Com esta ideia, Boal defende a ideia de que não existe apenas uma estética soberana para o pensamento. Não é só com a palavra que se pensa. Pensamos sensivelmente, através de muitas outras linguagens.

O Teatro do Oprimido foi criado como forma de estimular participação popular, através da prática de jogos, exercícios e técnicas teatrais, com o objetivo de fornecer, a partir das histórias vivenciadas, uma maior reflexão sobre as relações de poder (Boal, 2005).

Embora o Teatro do Oprimido não seja institucionalizado como uma PIC's, é uma ferramenta que pode ser utilizada nessa perspectiva, em razão de estar vinculada a todos os princípios integrativos. Desse modo, aparece como uma estratégia de PIC's Grupal com caráter sócio-político, por meio do qual são facilitadas algumas atividades teatrais, com a concepção de que todos os seres humanos são atores, porque agem, e espectadores, porque observam. Todos são, portanto, espectadores: atuam, agem e interpretam. Nesse sentido, o Teatro do Oprimido, enquanto uma PIC Grupal, assume a produção de cuidado em saúde como um ato político, transformador e uma possibilidade de resistência. (Nascimento, 2020; Boal, 2005).

Assim, por meio da utilização de técnicas como o teatro-imagem, teatro-fórum, teatro-jornal, teatro invisível, teatro legislativo, entre outras, o Teatro do Oprimido busca estimular a problematização de questões de saúde no cotidiano através da representação de histórias dos próprios usuários, profissionais e a comunidade.

Arteterapia: a arte como linguagem para se expressar no mundo

A arte é, historicamente, uma manifestação comunicativa humana, uma necessidade, a ponto de assumir uma função social e educativa. Jung (2005), um dos mais renomados nomes da escola fundada por Sigmund Freud, há 15 anos, já considerava a arte como a expressão mais pura que há para a demonstração do inconsciente de cada sujeito, trazendo a liberdade de expressão, sensibilidade, a vida

em si. Além disso, utilizando-se de seu lugar de fala, continuou o poeta Fernando Gullar, afirmando que: a arte existe, pois, a vida não basta. São pensamentos que dialogam sobre um assunto que nos traz reflexões para o contexto da saúde, uma vez que é possível pensar na arte como possibilidade terapêutica, pois ela é capaz de resgatar/ampliar o potencial criativo humano, estimulando autonomia, busca e organização do sentido da existência, práticas de atividades relaxantes, resgate de memórias, melhor compreensão de si mesmo, reestruturação do self, dentre outros estímulos ao bem estar e saúde.

Considerando a arteterapia um dispositivo terapêutico que absorve saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar (PHILIPPINI, 2004) e incorporada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, com a assinatura a Portaria No. 849/2017, facilitamos a oficina “Arteterapia e o Potencial Criativo” como atividade do PET-Saúde/ Interprofissionalidade, com carga horária de 4 horas. O objetivo da oficina foi, sobretudo, oferecer cuidado aos cuidadores - profissionais do serviço, além de docentes e discentes dos 3 cursos de formação oferecidos pela universidade, a saber: enfermagem, medicina e psicologia.

Estrategicamente planejada para acontecer no turno da noite, como forma de estimular a criatividade com atividades direcionadas ao relaxamento, o facilitador criou um espaço expositivo com livros clássicos sobre a teoria e os materiais expressivos disponíveis para o uso durante a oficina, na qual encontravam-se pilhas de revistas, 500 folhas de papel sulfite branco no tamanho A4, colas líquida e bastão, barbantes, glitter, kits de canetas hidrocor, com palheta de cores reduzida, pincéis, tintas guache, com palheta de cores reduzida, tesouras, lápis de colorir, lápis grafitti, borrachas de apagar e gizes de cera coloridos.

Desde o início da oficina, os participantes foram estimulados à produção artística individual, uma vez que a primeira atividade foi elaborada com base na proposta desafiadora de se apresentar por meio da construção de uma identificação, representando o nome que gostaria de ser chamado(a) durante o evento. O participante deveria então criar uma identificação que expressasse seu nome social, utilizando quaisquer dos materiais expostos e apresentados. Durante os 20 minutos para a conclusão deste exercício de quebra-gelo e aquecimento criativo, também foi estimulada a formação de duplas, de desconhecidos prévios, para que as pessoas pudessem se apresentar e conversar durante suas produções.

Ao final do tempo combinado, o facilitador trouxe a perspectiva de um apresentar a arte do outro, conseqüentemente, um apresentou o outro. Produções artísticas das mais diversas apareceram, desde simples escritas de um nome ou apelido com um giz de cera, trazido pelas diversas possibilidades de influências como cansaço, desmotivação, tristeza, ansiedade, etc, até as mais elaboradas obras, a partir de vários recursos, com capricho e orgulho, representando a identificação de um sujeito satisfeito, estimulado, envolvido com a atividade, etc. A individuação ao qual induz o processo criativo é o resultado de toda a influência

cultural contextual que nos revela valores sociais, conforme afirma Vargas Filho (2007), o que confirma que cada um, ao seu jeito, não importa a estética, traz em sua expressão artística a mensagem embutida de seus valores de vida.

Participar de uma oficina dessa natureza, com pessoas de contextos diferenciados, permite-nos observar, de forma bem prática, a função da arte de trazer o sujeito à tona, reconhecidamente pelo próprio sujeito, conforme depoimentos dos participantes enquanto ouviam sobre um pouco da teoria proposta pelo uso da arteterapia como uma ferramenta de saúde. Não é raro que falas sobre admiração, compartilhamento e identificação de afinidades e diferenças sejam ouvidas dos participantes, nesse tipo de exercício.

Num segundo momento, cada um, com uso de qualquer material disponível, falou um pouco sobre o que gostaria de estar fazendo, se qualquer coisa pudesse ser feita, sem limites. Como pretexto introdutório, as pessoas foram convocadas a um exercício de criatividade, em nível social, limitado pelo tempo, com regra de formação de dupla e troca de informações. Posteriormente, foi apresentada a proposta de tentar fazer uma leitura sobre o sujeito e o quanto este pode ser claro em suas mensagens não verbalizadas. Combinamos de não sermos excessivos nos tempos de produção, mas conforme fôssemos terminando as produções, faríamos uma exposição, no piso, no centro do espaço que ocupávamos. Num exercício de visualização, no momento do compartilhamento, observamos algumas curiosidades: participantes que produziam, outros conversando sobre a própria vivência e outros tantos a conversarem sobre a experiência que conseguiam ver no outro.

Notadamente, muitos utilizaram a possibilidade de produzir com a técnica de colagem, inclusive, narrada por alguns participantes como abordagem de memórias afetivas resgatadas da fase da infância. Sob o olhar atento de um arteterapeuta sensível, podemos imaginar que a decisão de uso deste material como recurso produtivo que pode estar associada, por exemplo, à facilidade para planejamentos, reconstruções, reestruturações, descobertas de significações, elencados por Valladares (2008), como também aos atos de juntar, articular, facilitar, renovar, unir, reviver, reordenar, dentre outras tendências do inconsciente.

Após cada um dos visitantes conhecerem as produções compartilhadas por todos os demais, cada indivíduo foi estimulado a verbalizar como estava se sentindo naquele momento final, voluntariamente. Unanimemente, as falas trouxeram mensagens de que seria ideal o oferecimento periódico de atividades de cuidado dessa natureza, potencialmente trazendo relaxamento, ampliação dos laços sociais e estímulo às práticas e exercícios, com base na arte, mais frequentemente, em suas próprias residências.

Definitivamente, foi apresentado um exemplo em que as instituições formadoras de profissionais voltados para a área da saúde estão para além da sala de aula, com demandas que surgem e possibilidades sendo criadas. As PICS – Práticas Integrativas e Complementares são realidade no SUS, mas ainda é necessária uma formação continuada. É uma proposta de clínica interprofissional na prática,

interativa e objetiva, além do cumprimento de seus objetivos maiores na formação de profissionais habilitados por matrizes curriculares atualizadas e não preconceituosas, preparadas para possibilidades fora do modelo biomédico convencional, sendo prático, comprometido, ético, eficiente e possível.

Contoterapia: por que todos sabiam contar, mais do que falar

A experiência do conto é milenar. Nossos antepassados contavam histórias para seus sucessores como forma de proteção e manutenção da vida nas sociedades antigas. Para contar histórias, precisava-se ter sabedoria. Geralmente, os anciãos ensinavam os mais novos a arte de contar histórias, pois só se contava o que se vivia, só se passava o que se experienciava. Essa talvez seja a verdadeira essência da Contoterapia. Dito isso, o fim do dia era preferido para contação de história, pois preparava as pessoas para um novo dia e incentivava sua imaginação para um boa noite de sono.

Ao ouvir uma história nos identificamos em pontos distintos, que precisam ser trabalhados em nossa psique, em nosso eu. Cada pessoa ouve e interpreta de maneira diferente um conto. Na experiência da contoterapia, absorvemos aprendizados profundos, não se precisa falar muito, pois cada participante terá a sua forma de interpretar, única, singular e cheia de significações. Na contoterapia, o contoterapeuta deverá saber contar, mais do que falar!

Após as interpretações iniciais dos participantes, o contoterapeuta entra em cena, ajudando as pessoas a tecer suas significações dadas ao conto. É uma tessitura de uma malha bastante diversa. Por isso, cabe ao contoterapeuta se aprofundar nos contos, lendo, relendo e tecendo as inúmeras possibilidades de significações para ajudar os que procuram essa estratégia de cuidado a ser terapêutico. Em nossa formação, trabalhamos com os contos do livro: "Mulheres que correm com os Lobos", de Clarissa Pinkola Estés. Nele, a autora se utiliza da psicologia analítica de Carl Jung para interpretar os contos escolhidos por ela. Há neste livro uma riqueza imensa de possibilidades de interpretação em cada conto, e quem vai dar o sentido a se seguir serão os participantes das oficinas de contoterapia. Para além da psicologia analítica, utilizamos na formação de contoterapeutas a abordagem sistêmica para interpretação dos contos, subsidiada pela constelação familiar do Berth Hellinger.

Nesse sentido, a oficina foi marcada para noite, com tutores, preceptores e petianos extensionistas. Ambientamos a sala para que se tornasse aconchegante com pallets, almofadas e colchonetes para as pessoas sentarem no chão. A oficina de contoterapia é considerada de baixo custo, pois só precisamos de papel, lápis de colorir e comum, e uma boa história para contar. Colocamos ainda um som ambiente para acolher os participantes. Cerca de 30 pessoas fizeram parte da oficina que foi muito alegre e interativa. Começamos com uma dinâmica de acolhimento, explicamos o que era contoterapia, e passamos para o conto. O conto escolhido foi o conto do Patinho Feio. A história foi contada lentamente e com detalhes por

esta contoterapeuta que vos fala. Após o término do conto, pedimos para cada pessoa fechar os olhos, e, sem pressa, retomar o conto em sua cabeça e memória. A contoterapeuta pediu para que cada um observasse nessa recapitulação, qual cena do conto lhe tivera chamado mais atenção, lhe tinha marcado mais. Após esse momento de intimidade dos participantes com o conto, a contoterapeuta pediu para todos abrirem os olhos e através da arteterapia, desenhassem a cena. Após todos terminarem os desenhos, a história foi recontada através dos desenhos no meio do círculo de pessoas, e cada detalhe da história foi evidenciado pelos seus participantes, com começo, meio e fim. Após essa recontação da história através dos desenhos, a contoterapeuta abriu para os participantes comentarem do porquê elegeram aquela cena e, o qual sentido daquela cena em suas vidas. Foi um momento rico de partilha e de tessituras de histórias. Cada pessoa contou a forma como se atravessou pelo conto, e foi um movimento belo de ressignificações, aprendizados e de troca de saberes. Pois todos sabiam contar, mais do que falar!

Psicomotricidade

A Associação Brasileira de Psicomotricidade (2020) define a Psicomotricidade como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistêmicas entre o psiquismo e a motricidade. Desse modo, diversos profissionais das áreas da saúde e da educação têm se dedicado ao estudo e a aplicação desses conhecimentos em variados campos de atuação (socialização, aprendizagens e reaprendizagens e reabilitação), para diversos públicos-alvos (infância, adolescência, idosos, pessoas com deficiências).

Para Vitor da Fonseca (2010, p.42), pesquisador internacionalmente reconhecido por suas contribuições a essa temática, pode-se compreender a Psicomotricidade como “suporte corpóreo das funções mentais, donde emana a identidade singular e plural do indivíduo”. Isso implica dizer que o processo individual de desenvolvimento, de socialização e de aprendizagem estão intimamente ligados ao desenvolvimento psicomotor humano, sendo necessário considerar suas etapas tanto de aquisição das habilidades psicomotoras (ontogênese), desde a mais tenra infância como a perda gradual delas durante o envelhecimento (retrogênese) (Fonsêca, 2009). Esse último aspecto, a retrogênese, precisa ser considerado quando se pretende promover o envelhecimento ativo, pois a psicomotricidade tem importante papel na saúde do idoso, seja a partir da dimensão preventiva, educativas e/ou reeducativas (Costa, Rocha e Oliveira, 2013). Nessa direção, Oliveira e colaboradores (2013) propõem que a psicomotricidade seja utilizada como uma estratégia de promoção à saúde do idoso no âmbito da Atenção Básica, ressaltando seu caráter interdisciplinar. Os autores ressaltam ainda que os exercícios psicomotores podem ser utilizados como ferramenta lúdica em grupos, promovendo benefícios motores, sócio-relacionais, cognitivos e afetivos-emocionais.

A partir desses pressupostos foi proposta a Oficina de Psicomotricidade para os estudantes, preceptores e tutores vinculados ao PET-Saúde interprofissionalidade.

As facilitadoras (duas psicólogas com experiência em Psicomotricidade) iniciaram a oficina com uma sequência de exercícios psicomotores para aquecimento do grupo. Para tal, escolheram aqueles que traziam à memória as brincantinfantis-deiras, dada que estas frequentemente estão repletas de desafios psicomotores vinculados às aquisições dessas habilidades em cada fase da infância.

Após este momento lúdico, as facilitadoras abordaram aspectos teóricos e metodológicos da Psicomotricidade, com ênfase nos temas: Introdução à Psicomotricidade, Aplicações da Psicomotricidade, Escola e deficiência (que aborda a Psicomotricidade na fase infantil) e Gerontopsicomotricidade (que engloba a relação da Psicomotricidade nos idosos). Posteriormente, seguiram apresentando os elementos psicomotores (lateralidade, tonicidade, coordenação geral e fina, equilíbrio, ritmo, estrutura espaço-temporal e esquema corporal) e sua relação com o desenvolvimento e a modulação dos aspectos cognitivo, motor, social e afetivo das pessoas.

Com o intuito de promover integração entre as pessoas e os conteúdos abordados, propomos que os participantes da oficina se dividissem em 4 grupos e cada grupo recebeu um texto com o resumo do elemento psicomotor que ficaria sob sua responsabilidade: Grupo 1- Coordenação geral/grossa e fina; Grupo 2- Esquema corporal; Grupo 3- Lateralidade e estrutura espaço-temporal; e Grupo 4- Ritmo, equilíbrio e tonicidade. Foi dado o tempo de 15 minutos para discutirem sobre os elementos psicomotores e elaborarem exercícios psicomotores utilizando a criatividade.

Após cada grupo apresentar os exercícios psicomotores elaborados explicando como eles abordaram os elementos psicomotores e a aquisição dessas habilidades, solicitamos aos participantes refletirem sobre a aplicabilidade da Psicomotricidade nos grupos da Atenção Básica. Nesse momento, muitos profissionais de saúde e estudantes falaram que o caráter lúdico e a possibilidade de usar apenas o corpo e/ou recursos de fácil acesso e baixo custo para aplicar a Psicomotricidade tornava aquele conhecimento bastante proveitoso para uso com os usuários.

Para finalização da oficina, as facilitadoras agradeceram a presença de todas e todos e o comprometimento de cada grupo na elaboração da atividade e realizaram exercícios psicomotores ligados à integração e confraternização para o encerramento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação da racionalidade do modelo biomédico deve ocorrer tanto no âmbito da formação em saúde quanto no cotidiano dos serviços e práticas. No campo da formação acadêmica, os cursos devem se fundamentar em uma lógica de construção do conhecimento a partir da inserção no campo. Assim, estudantes e futuros profissionais serão formados em sintonia com as demandas das comunidades e os ideários do SUS. Para tanto, é preciso lançar mão da pluralidade

terapêutica, imprimir a inversão do paradigma do olhar da doença para a pessoa e valorizar os saberes e potencialidades locais.

Embora nos últimos tempos consideremos algumas mudanças nas esferas da academia e dos serviços, nossas ações ainda têm uma conotação bastante bancária. Despejamos e depositamos conhecimentos formais e julgamos que as pessoas nada sabem. Não promovemos o direito que os usuários têm de dizerem a sua palavra ou como pensam a saúde que lhes é ofertada. Nesse sentido, toda a mudança de concepção formativa e de atuação pode ser efetivada, por exemplo, pela adoção de PIC's participativas em saúde que rompam com os modelos autoritários para dar passagem a modos mais dialéticos, dialógicos, produtores de autonomia.

Todas as PIC's e Metodologias Participativas realizadas na formação do PET-Saúde/Interprofissionalidade têm em comum a crítica ao modelo biomédico e uma profunda vinculação com os princípios da educação popular, haja vista que pressupõem relações dialógicas, com valorização de saberes e trocas interpessoais entre profissionais e usuários, um olhar integral e interdisciplinar sobre os sujeitos, como forma de garantir uma participação mais efetiva e autônoma.

As PIC's Grupais, dialogadas com a educação popular podem contribuir para a qualificação e orientação da educação em saúde nos serviços, de modo mais humanizado, compartilhado e integral, por meio de ações dialogadas em que os saberes comunitários caminham ao lado do saber técnico-científico.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Psicomotricidade (2020). *O que é Psicomotricidade?* Disponível em: <https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>
- Barreto, A (1996). *Favela, espaço de fragmentação*. UFCE.
- Barros, N.F. & Tesser, C.D. (2008). Medicalização Social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 914-920.
- Boal, A (2005). *Teatro do oprimido*. Editora Civilização Brasileira.
- Boal, A. (2009). *A estética do oprimido*. Garamond.
- Brandão, C. R. (2014). Paulo Freire: a educação, a cultura e a universidade: memórias de histórias de 50 anos atrás. *Eja em Debate*, 3(4), 57-74.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas*

e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.* Diário Oficial da União, Brasília, nº 60, Seção 1, pág. 68.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.* Diário Oficial da União, Brasília, nº 56, Seção 1, pág. 65.

Caricio, M. R. (2010) *Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida.* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba].

Costa, M. L. A.; Rocha, L.; Oliveira, S. F. (2013). Educação em saúde: estratégias de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação*, 22: 123-140.

Félix-Silva, A., Nogueira do Nascimento, M., Rodolfo de Albuquerque, M., Gomes da Cunha, M. & Abrantes Gadelha, M. (2014). *A Tenda Do Conto Como Prática Integrativa De Cuidado na Atenção Básica.* 1st ed. Edunp.

Fonseca, V. (2009). *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese.* Rio de Janeiro: Wak Ed. Fonseca, V. *Psicomotricidade: uma visão pessoal.* *Construção Psicopedagógica*, (18)17: 42-52.

Freire, P. (1980). *Educação como prática de liberdade.* 20. ed. Paz e Terra.

Freire, P. (1980). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.* 3. Moraes.

Jung, C.G. (2005) *O Homem e seus Símbolos.* Ed. Nova Fronteira.

Luz, M. T. (2014). *As instituições médicas no Brasil.* Editora rede Unida.

Nascimento, M.V. N. DO E Oliveira, I. Fernandes de. (2020). *Práticas Integrativas e Complementares Grupais no SUS e o diálogo com a Educação Popular.* Editora CRV.

Nascimento, M. V. N.; Oliveira, I. F. (2017). Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 11:89-97.

Oliveira, S.F.; COSTA, M.L.A.; SANTOS, E.V.L.; PEREIRA, A.G.F. (2013). Psicomotricidade como estratégia de promoção à saúde do idoso: uma reflexão política baseada em evidências. In: Santos, L. A. R. J., Reis, L. A., Duarte, S. F. P. (Orgs). (Org.). *Ensaio sobre o Envelhecimento*. Edições UESB, p. 99-121.

Phillipini, A.A. (2004). Transdisciplinaridade e arteterapia. In: Ornazzano, G., (Org). *Questões de arteterapia*. UPF; p.11-7.

Tesser, C. D. & Barros, N. F. de (2010). Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pela pluralização terapêutica no SUS. In Tesser, C. (Org.), *Medicalização Social e atenção à saúde no SUS*. HUCITEC, p. 207-222.

Valladares, A.C.A. (2008). Evaluación del desempeño infantil a través de la técnica del collage en Arteterapia. *Rev. Científica de Arteterapia Cores da Vida*, 6(6):05-15.

Vargas Filho, L. (2007). *A arteterapia como facilitadora do processo de individualização*. [Monografia de Especialização em Arteterapia, ISEPE (Instituto Superior de Pesquisa e Extensão)].

Vasconcelos, E. (2013) *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental Rio de Janeiro*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.

3

A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA: REFLEXÕES A PARTIR DO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Ana Luiza Marinho Leite, Evandro Rogério da Silva, Gabrielli Soares Lima, Lauanna Giselly dos Santos Oliveira, Lucas Luan de Medeiros Santos, Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa, Maria Vivia Casado Marques, Patrícia Lima Araújo, Acácia Barros Fernandes Dutra, Cândida Mirna de Souza Alves Alencar, Gabriela Lucas Pedro de Lucena Bezerra, Lívio Ian de Souza Cavalcante, Deborah Dornellas Ramos, Francinalva Dantas de Medeiros

Resumo

Realizou-se um grupo focal de forma virtual, chamado fórum de discussão, com a participação de oito estudantes, três preceptoras e duas tutoras, vinculados ao GT de Educação Popular em Saúde, do projeto PET – Saúde Interprofissionalidade, executado pelo Centro de Educação e Saúde (CES/UFCG) nos municípios de Cuité e Nova Floresta, Paraíba. Essa proposta surgiu como atividade do Curso de Atualização Docente em Educação Interprofissional em Saúde, realizado por tutoras e preceptora, e desenvolvido pelos assessores técnicos. Foram feitas as devidas reflexões e averiguadas as concepções dos participantes mediante um fórum de discussão online na plataforma Google Classroom. Destaca-se que as discussões foram norteadas pelas questões propostas na primeira atividade da Unidade 1 do Curso Virtual de Desenvolvimento Docente em Educação Interprofissional em Saúde – OPAS/OMS, sendo estas: 1. Quais são as aproximações e os distanciamentos entre as ações do projeto com os aspectos centrais da definição de EIP? 2. Quais os desafios para a prática docente/preceptoria na adoção da educação interprofissional em sua realidade? As seguintes categorias foram identificadas com análise do conteúdo: “Aproximações: educação e práticas interprofissionais”; “Distanciamentos e desafios”; e “O PET Saúde/Interprofissionalidade”. Por sua vez, o Ponto 2 ensejou o surgimento das categorias: “Interprofissionalidade” e “Desafios para a interprofissionalidade”. As reflexões dos integrantes trouxeram indagações importantes da formação e das práticas profissionais, principalmente sobre a importância do diálogo, da escuta ativa, da reciprocidade nas relações interpessoais no círculo profissional, envolvendo estudante - usuário, bem como do desenvolvimento da ação conjunta e das práticas colaborativas. O PET-Saúde reduz distâncias entre os serviços de saúde e as instituições de formação em saúde; diminuindo a fragmentação e as relações hierárquicas; promovendo a interprofissionalidade, a descentralização e a formação continuada, a fim de ampliar o protagonismo de cada sujeito da equipe de saúde e estimular as colaborações e partilhas.

Introdução

A organização do trabalho coletivo em saúde ainda consiste em um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando esses processos de trabalho assumem os princípios da universalização, da equidade, da integralidade,

da descentralização e da participação popular, preconizados pelo próprio sistema. Algumas dificuldades que sobressaem na implementação dessa modalidade de trabalho consistem na forte fragmentação do processo cuidar, marcada pela hierarquização das profissões e pela dificuldade de articulação entre os saberes e as práticas. Em outras palavras, observa-se que, apesar dos profissionais atuarem nos mesmos estabelecimentos de assistência em saúde, apresentam grandes dificuldades no que concerne à comunicação e à colaboração, o que recai no desconhecimento acerca do processo de trabalho do outro e na dificuldade de pensar e desenvolver práticas que integrem as diferentes áreas de conhecimento, competências e habilidades no processo de atenção à saúde (Fonsêca, 2018).

No Brasil, a formação em saúde tem sido reconhecida como um elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde (Silva, Dias & Rodrigues, 2009). Pois, sabe-se que a formação dos trabalhadores de saúde, frequentemente, tem se distanciado das necessidades, tanto da população quanto dos serviços de saúde (Silva, Peduzzi, Orchard & Leonello, 2015; Nogueira, 2002). Nesse contexto, acredita-se que a Educação Interprofissional em Saúde consiste em uma ferramenta importante para promover a formação de profissionais mais aptos para o trabalho em equipe, voltados para a atenção integral em saúde, haja vista que a formação nessa perspectiva propõe o desenvolvimento de habilidades e competências colaborativas, considerando as necessidades da população, a qualidade dos serviços ofertados em saúde, bem como a consolidação dos princípios e diretrizes propostos pelo SUS (Peduzzi, 2016; Barr, 2013; Batista, 2012).

Diante do exposto, pode-se dizer que a Educação Interprofissional se apresenta como proposta válida, tanto para a formação dos profissionais quanto para a atuação nos serviços de saúde. Contudo, as propostas relacionadas a essa modalidade formativa têm enfrentado dificuldades e resistências no que diz respeito à sua execução, fazendo com que pareça, muitas vezes, distante da realidade das práticas. Uma das possíveis explicações para essa problemática consiste no fato de a Educação Interprofissional defender uma proposta de trabalho mais complexa, que exige dos profissionais repensar, sobretudo, práticas bastante arraigadas na sua formação e no seu cotidiano, para que possam desenvolver habilidades e competências relacionadas à flexibilidade, à iniciativa, à autonomia, à disposição para o diálogo, à colaboração e à capacidade de trabalho em equipe (Fonsêca, 2018; Batista; Batista, 2016).

Acrescenta-se, como dificuldade, o fato de a Educação Interprofissional consistir em um campo articulado com uma multiplicidade de outros conceitos e ser de complexa avaliação por englobar diferentes dimensões. A interdisciplinaridade, por exemplo, consiste em um dos fundamentos da prática interprofissional, haja vista que as práticas colaborativas se constituem mediante a interação entre dois ou mais profissionais de saúde com diferentes formações, atuando de forma ativa, compartilhando objetivos, bem como reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde (Fonsêca, 2018). Outra

característica inerente às práticas interprofissionais é a horizontalidade das relações, o que compreende não apenas os profissionais, mas também os estudantes e os usuários, os quais terminam por ocupar um lugar central no processo. Isso porque a colaboração deve ter, por princípio, o objetivo comum de promover satisfação dos usuários e melhorias nos resultados da assistência em saúde prestada (Silva, Peduzzi, Orchard & Leonello, 2015).

Ressalta-se, ainda, a importância de reconhecer nas práticas interprofissionais e colaborativas uma proposta para a superação da formação e da atuação profissional que ainda se detém às experiências formativas verticalizadas e às propostas pedagógicas restritas. Essa mudança de paradigma pode contribuir significativamente nas práxis dos futuros profissionais, indo além das disputas entre as profissões, os nichos de atuação e o cuidado nas demandas em saúde. Nesse contexto, destaca-se que a necessidade de mudanças curriculares que contenham propostas no campo das disciplinas e das práticas, bem como incluam as estruturas físicas, os recursos humanos, as relações interinstitucionais para integração entre ensino e serviços, e tudo que vise a criar as reais condições para o fortalecimento do SUS e o atendimento das demandas sociais e de saúde no país (Fonsêca, 2018; Silva, Peduzzi, Orchard & Leonello, 2015).

A Educação Interprofissional em Saúde, portanto, propõe-se a romper e repensar as práticas profissionais em saúde, muito marcadas pela hierarquização, pela fragmentação do processo cuidar e pela falta de articulação entre os saberes e as práticas. Essa proposta de formação é voltada para o desenvolvimento de competências, o que implica no empenho coletivo e compreende desde os profissionais que se encontram nos serviços de atenção à saúde, até as suas instituições formadoras, o que recai também sobre os docentes e discentes dos cursos de formação em saúde, como também sobre as práticas de ensino e as modalidades de inserção dos(as) estudantes nos campos de atuação (Rossit, Freitas, Batista & Batista, 2018).

As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN (2017) para os cursos na área de saúde, propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, partem da premissa de que os currículos devem contemplar uma formação que vá além da aprendizagem dos conteúdos formais, favorecendo o desenvolvimento de competências e habilidades, a partir de perspectivas e abordagens pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, as quais visem a promover a capacitação dos profissionais para atuarem com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS (CNS, 2017).

As DCNs preconizam, portanto, a formação de um profissional de saúde apto à resolução de problemas, pró-ativo, capaz de responder às demandas do indivíduo e da coletividade, além de estar preparado não somente para o mercado ou a sociedade, mas também para a vida. Logo, as Instituições de Ensino Superior – IES possuem grande responsabilidade quanto à formação e ao suporte à atuação dos profissionais de saúde com base em competências, considerando as DCN e a

necessidade de consolidação do SUS, o que recai sobre a importância de favorecer e promover programas tais como o PET – Saúde, por exemplo, que preconiza a formação baseada em competências.

Ainda no que diz respeito à formação por competências e à estruturação do processo de ensino-aprendizagem nessa perspectiva, parte-se da necessidade de que se estabeleçam, entre os(as) estudantes e os(as) professores(as), uma relação horizontal, não hierárquica, na qual ambos compartilham responsabilidade sobre a condução do processo, no qual a avaliação assume um caráter formativo e processual, com foco no desenvolvimento do(a) estudante e na sua capacidade de aplicação dos conhecimentos. Valoriza-se, assim, a capacidade desses atores em desenvolver habilidades metacognitivas, voltadas para a reflexão sobre o conhecimento adquirido e sobre o seu próprio processo de aprendizagem, incorporando essas habilidades e conhecimentos ao cotidiano do trabalho e à própria vida acadêmica, de forma inovadora, criativa, instigante, crítica e reflexiva (Perrenoud et al., 2018).

Desse modo, espera-se que o profissional de saúde desenvolva, durante a sua formação, competências necessárias para uma prática profissional autônoma e assuma uma postura proativa. Isto é, almeja-se que esse profissional, mesmo não estando mais em seu ambiente de formação, seja capaz de acompanhar as mudanças no processo de saúde-doença e buscar respondê-las de maneira eficaz e resolutiva. Isso implica no desenvolvimento de competências gerais, tais como habilidades de comunicação, capacidade de tomada de decisão e de exercício da liderança, de gerenciamento do processo de trabalho e de conflitos, bem como responsabilização pela sua educação permanente, o que implica em uma postura ativa do profissional de saúde no seu processo de formação (Perrenoud et al., 2018; CNS, 2017).

Pode-se verificar, portanto, que o conceito de competência é multidimensional. Isso implica dizer que ele não se encerra em uma definição única e remete a aspectos oriundos de diferentes matrizes conceituais. Em comum, essas matrizes pressupõem que a competência esteja associada ao desenvolvimento de capacidades, seja de agir, de mobilizar, de responder ou de solucionar, por exemplo. Nas DCN para os cursos de saúde, parte-se do pressuposto que existem competências comuns e específicas que precisam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, considerando uma perspectiva de trabalho interprofissional (CNS, 2017).

No âmbito da interprofissionalidade, pode-se dizer que as competências colaborativas ocupam um lugar de destaque. Acerca dessa temática, duas relevantes publicações internacionais na área, sendo estas: o Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) e o Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011), sugerem os principais domínios de competências necessárias à prática interprofissional colaborativa. O Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) identifica os seguintes domínios nos quais os profissionais de saúde precisam desenvolver competências colaborativas: comunicação interprofissional;

cuidado centrado no paciente/família/comunidade; definição de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução interprofissional de conflitos e liderança colaborativa. Já o Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011), estabelece como competências centrais: valores/ética para a prática interprofissional; papéis e responsabilidades profissionais; comunicação interprofissional e trabalho em equipe.

Essas diferentes competências requeridas são provenientes dos mais variados contextos e sistemas de saúde em funcionamento no mundo. Isto posto, ressalta-se que a experiência no SUS é única e traz consigo a expansão da formação pública e de suas particularidades. Todavia, pode-se dizer que existem aproximações com as propostas provenientes das experiências internacionais, sobretudo, no que diz respeito a certos domínios de competências que o Canadá apresenta por meio do Centro de Colaboração para Educação Interprofissional (CIHC, 2010). Isso porque essas competências se aproximam da proposta da Resolução do Conselho Nacional de Saúde mais recente, publicada em 2017 (CNS, 2017).

Dentre os domínios de competência estabelecidos pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010), o primeiro consiste na “Definição de papéis profissionais”, no qual os estudantes e profissionais são orientados a buscar entender seus próprios papéis e os dos profissionais das demais áreas, a fim de estabelecer e atingir os objetivos para o trabalho com o paciente/cliente/família/comunidade, além de respeitar e considerar as diferentes competências e funções de forma integrativa e transparente dentro do grupo, nos diversos modelos de prestação de serviço. No segundo domínio, denominado “Cuidado centrado no paciente/família/comunidade”, busca-se integrar e valorizar, com parceria, a contribuição e o envolvimento dos indivíduos na concepção e implementação de cuidados/serviços, compartilhando as informações com o paciente/cliente/família/comunidade, de maneira respeitosa e compreensível, incentivando a discussão e o aprimoramento da participação destes na tomada de decisões.

O terceiro domínio, “Dinâmica de funcionamento em equipe”, preza pelo entendimento dos princípios da dinâmica de trabalho em equipe e dos processos intrínsecos a este para permitir uma colaboração interprofissional eficaz de forma que, regularmente, seja feita uma reflexão sobre o funcionamento da equipe e a aplicação de valores éticos, como a confidencialidade. Na sequência está a “Liderança colaborativa”, voltada à aplicabilidade dos princípios de liderança na equipe, suportando a tomada de decisões compartilhadas por meio da definição de líderes, mas apoiando um modelo de prática colaborativa, em que há responsabilidade individual pelas respectivas ações e funções. O quarto domínio corresponde à “Resolução interprofissional de conflitos”, em que se busca o envolvimento ativo entre os membros da equipe/grupo e os demais, incluindo o paciente/cliente/família/comunidade, na abordagem positiva e construtiva das divergências, à medida que surgem, adotando estratégias e diretrizes pré-estabelecidas para lidar com conflitos e/ou desacordos.

Por fim, a “Comunicação interprofissional” demanda a capacidade de escuta, negociação, interação e discussão, envolvendo o compartilhamento de objetivos, responsabilidade e tomada de decisões, definindo o plano de cuidados de forma colaborativa e respeitosa a todos os membros da equipe. Em outras palavras, esse plano de cuidados inclui ações específicas de cada profissional da equipe, sem perder de vista que há um conjunto de ações de natureza complementar e compartilhada entre todos eles (CIHC, 2010).

Em síntese, pode-se dizer que a principal premissa da educação interprofissional em saúde é a aprendizagem em conjunto, sendo essa prática tão importante para o trabalho em saúde. Isso porque permite superar os estigmas e os preconceitos entre as diferentes profissões da saúde, promovendo o conhecimento e o respeito pelas especificidades de cada uma, bem como formando profissionais preparados para trabalhar em equipe e de forma colaborativa, aumentando a eficiência das equipes e reduzindo a duplicidade de serviços, melhorando, assim, a qualidade dos serviços prestados e promovendo a integralidade do cuidado em saúde.

Partindo desses pressupostos, a OPAS/OMS ofertou o Curso Virtual de Desenvolvimento Docente em Educação Interprofissional em Saúde para tutores e preceptores do PET-Saúde/Interprofissionalidade, com o propósito de promover um espaço de aprendizagem coletiva que favorecesse o conhecimento, a reflexão e a qualificação desses profissionais em práticas de ensino-aprendizagem com enfoque em educação interprofissional em saúde. Destaca-se que, no caso do PET-Saúde/Interprofissionalidade em Cuité e Nova Floresta, os cursistas ficaram responsáveis por compartilhar esse conhecimento com os demais participantes do Projeto, o que se deu, inicialmente, mediante a participação de alguns estudantes vinculados ao programa, na leitura de materiais e na elaboração das atividades do curso.

Dentre as atividades nas quais os estudantes participaram, a elaboração da primeira atividade solicitada pelo curso consistiu em uma tarefa bastante significativa, pois requereu uma reflexão coletiva dos cursistas e outros participantes do PET-Saúde sobre as aproximações e os distanciamentos entre as ações do projeto e os aspectos centrais da definição de EIP, bem como os desafios para a prática docente e a preceptoria na adoção da EIP na realidade de trabalho em questão.

Desse modo, as tutoras e a preceptora do Grupo de Trabalho (GT) em Educação Popular em Saúde, participantes do Curso Virtual de Desenvolvimento Docente em Educação Interprofissional em Saúde, decidiram, em decorrência do distanciamento social ocasionado pela pandemia decorrente do vírus da COVID-19, estruturar um Grupo Focal em contexto virtual com os estudantes e as demais preceptoras do GT, com o intuito de realizar a reflexão solicitada pela atividade do curso em questão e averiguar as concepções dos participantes do GT sobre a EIP, suas aproximações e seus distanciamentos das ações do projeto, bem como sobre os desafios para a implementação dessa proposta. A organização do grupo focal

para a realização dessa atividade, portanto, se deu mediante o seguinte método:

MÉTODO

Participantes

O fórum de discussão ocorreu com a participação de 8 estudantes, 3 preceptoras e 2 tutoras, vinculados ao GT de Educação Popular em Saúde, do projeto PET – Saúde Interprofissionalidade, executado pelo Centro de Educação e Saúde (CES/UFCG) nos municípios de Cuité e Nova Floresta, Paraíba.

Instrumentos

Foram realizadas as devidas reflexões e averiguadas as concepções dos participantes mediante um fórum de discussão online na plataforma Google Classroom. Destaca-se que as discussões foram norteadas pelas questões propostas na primeira atividade da Unidade 1 do Curso Virtual de Desenvolvimento Docente em Educação Interprofissional em Saúde – OPAS/OMS, sendo estas: 1. Quais são as aproximações e os distanciamentos entre as ações do projeto com os aspectos centrais da definição de EIP? 2. Quais os desafios para a prática docente/preceptoria na adoção da educação interprofissional em sua realidade?

Ressalta-se que o conteúdo que emergiu a partir das reflexões no fórum foi transcrito e, a partir de então, possibilitou que fossem elaboradas categorias de análise a posteriori, com base no referencial teórico e no próprio conteúdo que surgiu por meio das discussões.

Coleta de dados

O contato inicial foi feito junto à coordenação do PET – Saúde Interprofissionalidade em Cuité e Nova Floresta, com o propósito de apresentar a proposta da atividade e esclarecer os procedimentos de elaboração do fórum, além dos compromissos éticos adotados, para que fosse, então, solicitada a autorização para a realização do grupo. Posteriormente, o contato foi estabelecido com os participantes, sendo estes os (as) estudantes, as preceptoras e as tutoras do GT de Educação Popular em Saúde. Nesse momento, foram apresentados os objetivos do fórum de discussão e os procedimentos que o envolveriam, sendo, então, solicitadas as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados teve início por meio dos contatos iniciais estabelecidos com os participantes, mediante uma turma aberta para o GT na plataforma Google Classroom e reuniões virtuais via Google Meet, com o intuito de estabelecer rapport. Ainda com relação ao fórum virtual, destaca-se que ele foi conduzido no formato de Grupo Focal, que consiste em uma dentre as várias modalidades disponíveis de entrevista grupal e/ou grupo de discussão (Silva & Assis, 2010). Nesses grupos, os participantes dialogam sobre suas experiências e percepções em torno

de um tema particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Assim, os grupos focais têm sido largamente utilizados por vários profissionais no desenvolvimento de pesquisas em saúde, educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outras aplicações.

Alerta-se que, nesse formato de discussão em grupo, um roteiro é importante, mas não pode ser confundido com um questionário. Portanto, no caso do fórum virtual em questão, a atividade direcionada pelo Curso Virtual de Desenvolvimento Docente em Educação Interprofissional em Saúde – OPAS/OMS e as suas questões nortearam a discussão, fomentando reflexões que foram além da simples resposta às questões propostas pela atividade. Nesse sentido, Gondim (2003) ressalta que um bom roteiro é aquele que não só permite um aprofundamento progressivo, mas, também, a fluidez da discussão.

Ainda com relação ao fórum, considerando que este foi estruturado com base nos parâmetros estabelecidos para os Grupos Focais, foram convenionadas, entre os participantes, as seguintes normas para a condução do fórum, sendo estas: a) evitar discussões paralelas para que todos participem; b) ninguém pode dominar a discussão; e c) todos têm o direito de dizer o que pensam (Godim, 2003). Procurou-se também minimizar possíveis interferências sobre as discussões, pois é importante que o contexto, além de instigante, seja tranquilo o suficiente para que as pessoas se sintam à vontade para interagir e contribuir (Gomes & Barbosa, 1999).

RESULTADOS

Na primeira unidade do Curso de Atualização em Desenvolvimento Docente para a Educação Interprofissional em Saúde, foi solicitada a elaboração coletiva de uma atividade, junto aos participantes do PET – Saúde/Interprofissionalidade (Cuité e Nova Floresta), os quais foram convidados a refletir os seguintes pontos: 1) Aproximações e distanciamentos entre as ações do projeto com os aspectos centrais da definição de Educação Interprofissional em Saúde e 2) Desafios para a prática docente/preceptoria na adoção da educação interprofissional em sua realidade. Esses pontos de discussão foram tratados como questões norteadoras e fomentaram um fórum virtual de discussão, mediante o qual foram coletadas e categorizadas as falas dos participantes, originando, assim, para o Ponto 1, as seguintes categorias: “Aproximações: educação e práticas interprofissionais”, “Distanciamentos e desafios” e “O PET Saúde/Interprofissionalidade”. Por sua vez, o Ponto 2 ensejou o surgimento das categorias: “Interprofissionalidade” e “Desafios para a interprofissionalidade”.

Para a apreciação do conteúdo que emergiu a partir das discussões em torno do Ponto 1, apresenta-se a seguir o Quadro 1, expondo as categorias e as subcategorias, assim como os exemplos das falas que foram consideradas representativas das concepções dos participantes enquanto coletivo.

Quadro 1. Aproximações e distanciamentos entre as ações do projeto com os aspectos centrais da definição de Educação Interprofissional em Saúde.

Categorias	Subcategorias	Falas
<p>Aproximações: educação e práticas interprofissionais</p>	<p>"(...) Educação interprofissional: (...) troca de informações e saberes das diferentes áreas e diferentes pessoas"</p>	<p>"Para que haja educação interprofissional, é necessário que exista a troca de informações e saberes das diferentes áreas e diferentes pessoas, cada um com sua particularidade, fazendo com que tenhamos diferentes pontos de vista a respeito de um mesmo assunto ou ação"</p> <p>"A interprofissionalidade, enquanto compartilhamento e construção de saberes teóricos e práticos entre uma diversidade de grupos que compõe os serviços de saúde, entre eles o próprio usuário"</p>
	<p>"Construindo a prática colaborativa em saúde por meio da interprofissionalidade"</p>	<p>"Todas as vezes em que nos reunimos para preparar uma ação, avaliar ações já feitas, visitas ao serviço, estudos, estamos pondo em prática a educação interprofissional"</p> <p>"Construindo a prática colaborativa em saúde por meio da interprofissionalidade"</p>
	<p>"Troca de informação entre o profissional e o usuário: (...) aprimoramento do atendimento e a participação efetiva de todos que compõem a rede"</p>	<p>"Troca de informação entre o profissional e o usuário, levando um aprimoramento do atendimento e a participação efetiva de todos que compõem a rede"</p> <p>"Estratégias que venham favorecer de forma resolutive e eficaz o melhor atendimento às pessoas que necessitam do serviço"</p>
	<p>"Ouvir o outro, crescer e aprender juntos"</p>	<p>"Importância da escuta ativa, ouvir opiniões, saberes diferentes e, com isso, criar um planejamento em que a interprofissionalidade seja a ferramenta principal"</p> <p>"Ouvir o outro, crescer e aprender juntos"</p>

continuação

Categories	Subcategorias	Falas
Distanciamentos	"A instrumentalização do conhecimento é algo que é notório (...)"	"A instrumentalização do conhecimento é algo que é notório quando estamos buscando o melhoramento da nossa prática interprofissional" "O conhecimento ainda é muito fragmentado em relação ao saber apenas o papel de tal profissão e de maneira individual, não há acréscimos de contribuição de outras profissões"
	"Existe uma grande confusão quando nos direcionamos à interprofissionalidade"	"(...) os profissionais muitas vezes se perdem do trabalho coletivo e colaborativo, da construção do cuidado de maneira compartilhada e não fragmentada" "Existe uma grande confusão quando nos direcionamos à interprofissionalidade"
	"Impossibilidade de momentos de reunião, de construção coletiva, de debate"	"(...) impossibilidade de momentos de reunião, de construção coletiva, de debate" "Desafios, seja pela demanda excessiva de atendimento ambulatorial, seja pela sobrecarga de trabalho, ou pelas agendas rígidas dos profissionais, cheios de metas a serem alcançadas"
O PET Saúde	"A troca de saberes nos aproxima ao objetivo do PET"	"A troca de saberes nos aproxima ao objetivo do PET" "O projeto PET- saúde/interprofissionalidade desde o início teve como objetivo a interligação entre as diferentes áreas da saúde desde o profissional atuante ao estudante, junto à comunidade"
	"(...) Diferencial dos alunos, preceptores e tutores que têm a oportunidade de participar do PET – saúde e interprofissionalidade"	"Estudamos o particular de cada curso, não temos aproximação com outros serviços e profissões, sendo este então um diferencial dos alunos, preceptores e tutores que têm a oportunidade de participar do PET-saúde e interprofissionalidade" "Nós, estudantes e integrantes do programa, nos refazemos nesse contexto, desconstruindo essa individualidade enraizada pela academia".

A partir do exposto, vê-se que os participantes consideraram a Interprofissionalidade, enquanto educação e prática, como uma construção resultante da troca de informações e saberes entre diferentes pessoas, representantes das diferentes áreas, respeitando as particularidades e os diferentes pontos de vista para, assim, construir-se uma prática colaborativa em saúde, levando em conta as contribuições dos usuários e as trocas de informações com os mesmos, mediante estratégias de aprimoramento do atendimento e, sobretudo, da escuta ativa.

Para os participantes, as ações do projeto se distanciam da EIP quando eles se deparam com desafios, tais como: a instrumentalização do conhecimento, as dificuldades/limitações dos profissionais no que tange à interprofissionalidade e as dificuldades para estabelecerem momentos de construção coletiva. Nessa premissa, Fonsêca (2018) afirma que, dentre as principais dificuldades para a implementação do trabalho interprofissional, destacam-se a fragmentação do processo cuidar, a hierarquização das profissões e a dificuldade de articulação entre os saberes e as práticas dos profissionais das diferentes áreas, o que pode ser visto como um reflexo da própria formação em saúde no Brasil e das disputas entre as profissões e os nichos de atuação na área.

Ainda quanto às dificuldades com relação aos momentos de construção coletiva entre os profissionais, os participantes destacaram especificidades do trabalho em saúde que limitam as possibilidades de estruturação desses contextos, tais como: a sobrecarga de trabalho e as metas a cumprir, por exemplo, o que corrobora com os dados encontrados por Santos et al (2012), que apontam a sobrecarga de trabalho como um dos principais fatores de vulnerabilidade com relação às práticas dos profissionais de saúde.

O PET – saúde e interprofissionalidade também surgiu enquanto tema nas discussões dos participantes, sendo enfatizado o seu caráter diferencial na formação, tanto dos alunos quanto dos tutores e preceptores, pela aproximação que promove entre os saberes dos diferentes cursos e profissões, “(...) desconstruindo essa individualidade enraizada pela academia (...)”, bem como proporcionando a aproximação entre a universidade e os serviços de saúde. Nesse sentido, ressalta-se que o Programa supracitado consiste em uma iniciativa voltada para a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições de ensino, a partir da educação pelo trabalho, uma vez que busca o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, como também a qualificação dos profissionais da saúde em serviço e em processo formação, com o objetivo maior de promover mudanças, tanto na lógica da formação dos profissionais quanto na dinâmica da produção do cuidado em saúde (MS/SGTES, 2018).

No que diz respeito às discussões que emergiram em torno do Ponto 2, é possível apreciar, a seguir, o QUADRO 2, que apresenta as categorias, as subcategorias e os exemplos das falas que representam o conteúdo categorizado das

ideias construídas pelos docentes e preceptores do programa sobre a educação interprofissional em sua realidade.

Quadro 2. Os desafios para a prática docente/preceptoria na adoção da educação interprofissional em sua realidade

Categorias	Subcategorias	Falas
Interprofissionalidade	"Disposição para aprendermos juntos (...), para trocarmos conhecimentos (...), para construirmos as ações de trabalho coletivamente (...)"	"Disposição para aprendermos juntos" "Disposição para trocarmos conhecimentos" "Disposição para construirmos as ações de trabalho coletivamente" "Vejo a educação interprofissional como um organismo vivo, onde cada um contribui para o pulsar das ações"
Desafios para a interprofissionalidade	"Construir outra perspectiva de ver e fazer saúde"	"Refletir sobre a nossa prática" "Tentar construir outra perspectiva de ver e fazer saúde" "Várias profissões se interrelacionam para construir/reconstruir suas práticas, porém, dentro de suas competências"
	"Enfrentar as limitações da minha própria formação"	"O pouco que a formação abordava sobre interprofissionalidade era, apenas, teoricamente" "Cultura de formação que muitas vezes não privilegia a interprofissionalidade" "Estamos aprendendo a ser interprofissional"
	"(...) Descentralizar as atividades"	"O maior desafio é descentralizar as atividades" "O maior desafio é ampliar o protagonismo de cada sujeito da equipe de saúde"

continuação

Categorias	Subcategorias	Falas
<p align="center">Desafios para a interprofissionalidade</p>	<p>“Ficamos muito presos ainda aos aspectos técnicos”</p>	<p>“O maior desafio é tirar o foco dos aspectos técnicos que as especificidades de cada formação apresentada”</p> <p>“Ficamos muito presos, ainda, aos aspectos técnicos”</p> <p>“Ficamos, ainda, muito preocupados em como cada profissão específica pode contribuir”</p> <p>“O distanciamento (...) acontece quando, em nossas próprias atribuições, enquanto profissionais e preceptores, nos perdemos dessa conduta de construção coletiva”</p>

Quanto aos desafios, os participantes elencaram: 1. A necessidade de refletir sobre as práticas e construir outra perspectiva de ver e fazer saúde, considerando as diferentes profissões que se interrelacionam nesse processo; 2. A necessidade de enfrentar as limitações referentes às próprias formações acadêmicas, nas quais a interprofissionalidade era pouco abordada, refletindo em uma ênfase nas teorias em detrimento das práticas; 3. A necessidade de descentralizar as atividades, ampliando o protagonismo de cada sujeito na equipe de saúde; e 4. A necessidade de retirar o foco dos aspectos técnicos que as especificidades de cada formação apresentam, considerando que o distanciamento acontece quando, em suas atribuições, os profissionais se perdem “dessa conduta de construção coletiva”.

Isto posto, ressalta-se a que as práticas interprofissionais e colaborativas podem ser vistas como uma possibilidade para a superação da formação e da atuação verticalizadas e restritas aos conteúdos e às práticas específicos das diferentes profissões, contribuindo, de forma significativa, para a formação e as práxis dos futuros profissionais e para a superação das disputas entre as profissões e os nichos de atuação. Nesse contexto, pode-se dizer que as necessidades de mudanças curriculares se salientam, sobretudo, no que tange à ênfase sobre as práticas e sobre a integração entre ensino e serviços, visando a promover o atendimento às demandas sociais e de saúde dos usuários, das comunidades e do país (Fonsêca, 2018; Silva, Peduzzi, Orchard & Leonello, 2015).

Apesar dos desafios, destaca-se que a educação interprofissional, além de viável, termina por fazer com que os envolvidos desenvolvam habilidades de comunicação, capacidade de análise crítica e de trabalho em equipe, além de promover o respeito entre os diferentes profissionais de saúde, bem como a ética da prática focada no paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante observar que todos os espaços e instrumentos onde o PET-saúde se desenvolveu e amparou, promoveu a integração ensino-serviço-comunidade, como o SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE). Isso trouxe ao grupo a urgência de destacar os princípios norteadores do SUS, tornando a comunidade mais consciente dos seus direitos; de fortalecer os conselhos de saúde; e de melhorar a integração entre os profissionais que integram o SUS.

Os(as) estudantes que participaram de todo esse processo observam que as universidades públicas (enfatizando a UFCG - campus Cuité) têm uma atuação muito importante no fortalecimento da importância da educação interprofissional na formação acadêmica, unindo os referidos cursos de biologia, enfermagem, farmácia e nutrição. Tal ação foi feita por meio da quebra de parâmetros institucionais de formação acadêmica; da defesa da universidade pública, gratuita, de qualidade e socialmente referenciada; da reivindicação de disciplinas que contemplem a interprofissionalidade e maior aproximação comunidade-serviço-universidade, mediante a educação em saúde. Além disso, aproximar os cursos de educação e saúde por intermédio de reformas curriculares.

As Secretarias Municipais de Saúde (Cuité e Nova Floresta), que participaram do PET-saúde, reconhecem a importância e os benefícios para os usuários e profissionais, bem como as formações continuadas viabilizadas pelas secretarias do Estado/ Municípios. Além disso, reconhecem a relevante existência do NASF, enquanto elo de trabalho interprofissional, com adesão da educação popular em saúde como marca de busca por um novo fazer profissional.

Sendo assim, as práticas de diálogo, escuta ativa, reciprocidade nas relações interpessoais no círculo profissional – estudante - usuário, permitindo uma ação conjunta e uma maior adesão à esfera interprofissional; reduzindo distâncias entre os serviços de saúde e as instituições de formação em saúde; reduzindo a fragmentação e as relações hierárquicas; promovendo a interprofissionalidade, a descentralização e a formação continuada. Isso foi realizado com o fito de ampliar o protagonismo de cada sujeito da equipe de saúde e estimular as colaborações e partilhas.

REFERÊNCIAS

Barr, H. (2013) Toward a theoretical framework for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1):4-9.

Batista, N. A. (2012) Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas.

Caderno FNEPAS, 2:25-28.

Batista, N. A.; Batista, S. H. S. S. (2016) Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*, 20 (56): 202-204.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010) *A National Interprofessional Competency Framework*. Disponível em: www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em: 13/06/2020.

Fonsêca, R. M. (2018) *Educação interprofissional em saúde e o desenvolvimento de competências colaborativas na formação em enfermagem e medicina*. [Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde].

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011) *Core competencies for interprofessional collaborative practice*. Interprofessional Education Collaborative.

Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2017) *Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017*.

Ministério Da Saúde/Secretaria De Gestão Do Trabalho E Da Educação Na Saúde. (2018) *Edital Nº 10, 23 De Julho 2018. Seleção Para O Programa De Educação Pelo Trabalho Para A Saúde Pet-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019*.

Nogueira, R. P. (2002) Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. *Formação*, 2(5): 5-16.

Peduzzi, M. (2016) O SUS é interprofissional. *Interface*, 20 (56): 199-201, 2016.

Perrenoud, P. et al. (2018) *As competências para ensinar no século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação*. Bookman.

Rossit, R. A. S. et al. (2018) Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. *Interface*, 22(1): 1399-1410.

Santos, J. L. G. et al. (2012) Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 33 (2): 205-212.

Silva, J.; Peduzzi, M.; Orchard, C.; Leonello, V. (2015) Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe2): 16-24.

PARTE II
RELATOS DE EXPERIÊNCIA

4

COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) E A ARTICULAÇÃO COM PET SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA MACRORREGIONAL NA PARAÍBA

Luciana Maria Pereira de Sousa, Natália Fernandes do Nascimento, Adriana Maria Macêdo de Almeida Tófoli, Gislaynne da Silva Barbosa, Jaciline Bezerra de Aguiar, Sabrina Márcia Resende de Almeida Santos, Leonídia Aparecida Pereira da Silva, Gracielle Malheiro dos Santos

Resumo

Este capítulo tem como objetivos apresentar a organização das macro e microrregiões de saúde do Estado da Paraíba em vigência; a proposta e organização da CIES, em especial as atividades desta na II Macrorregião de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba; discorrer sobre o PET-Saúde como proposta indutora de mudanças na formação em saúde e da integração do ensino e gestão-serviços de saúde; e identificar de eixos temáticos e de trabalho em comum entre o ensino e o serviço. As Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). São compostas por gestores de saúde e educação, trabalhadores de saúde, representantes de instituições de ensino com cursos na área da saúde e representantes de movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no Sistema Único de Saúde. Elas estão localizadas e organizam-se a partir da regionalização da saúde na Paraíba. Este trabalho relata a experiência da CIES na II Macrorregião de Saúde, tendo como parceiro o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). Reconhecidamente a CIES é um espaço de diálogo e articulação como potencialidade entre as instituições, além de apoiar e cooperar para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, articular instituições para propor estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores sob a luz dos conceitos e princípios da EPS, bem como apoiar e cooperar com os gestores na discussão, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento dessas ações. Após a experiência entre a CIES e o PET-Saúde reforça-se a importância da articulação interinstitucional via comissão, bem como, da pactuação entre os entes como instrumento norteador das ações, fortalecimento das relações e superação das fragilidades no diálogo interinstitucional.

INTRODUÇÃO

A educação permanente diz respeito à formação total do ser humano em toda a sua existência. Não se limitando à sua educação profissional para o trabalho, mas compreende todas as etapas desde a formação escolar, profissional e extraescolar (Gadotti, 1992). Na saúde a concepção de Educação Permanente permanece em evolução, e tem como intencionalidade a mudança do modelo pedagógico que

possa melhorar os processos de trabalho e qualificar as práticas nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

No âmbito federal, um marco para essa discussão sobre a formação ocorre com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), em 2003, que auxiliou no debate sobre a institucionalização da Educação Permanente em Saúde em meados dos anos de 2004. Neste ano, via Ministério da Saúde, foi divulgado um importante incremento ao tema com a Portaria nº 198: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que posteriormente foi reformulada e novamente divulgada em 2007. Essa política objetivou a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Lucas, 2019).

Em seu conteúdo a PNEPS traz o conceito de Educação Permanente como sendo a:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, a partir dos problemas enfrentados na realidade, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Brasil, 2009, p. 1)

Diante do desafio de implementar e implantar a Educação Permanente no país as diretrizes da PNEPS foram orientadas de acordo com as demandas dos locais, através do já institucionalizado Pacto pela Saúde, ou seja, que considerava as demandas para o planejamento dos entes federados por meio das especificidades locais visando a superação das desigualdades regionais. Os mesmos espaços envolvidos na regionalização da organização de gestão e de planejamento da saúde, e também, do processo envolvido na descentralização do financiamento para as Secretarias Estaduais, apresenta o arcabouço organizativo de inserção das demandas para a Educação Permanente desenvolvida no Estado da Paraíba. Desta forma, a garantia da Educação Permanente envolve a descentralização da tomada de decisão, que envolve a incorporação de diferentes entes e atores, de modo a promover maior autonomia dos gestores municipais de saúde, orientando e respeitando as especificidades regionais e as necessidades de ações formais de educação na saúde.

Na Paraíba, a garantia desse processo se dá com a Portaria Nº 620/GS/SES/2009, que institui a PNEPS no âmbito estadual e determina ao Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/SES-PB) a responsabilidade de gerir, articular e executar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado, colaborando com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para conformar as Comissões Permanentes

de Integração Ensino-Serviço (CIES). Dessa forma, o CEFOR-RH/SES-PB passou a atuar na gestão da educação permanente, além da educação profissional de nível técnico e da qualificação dos trabalhadores do SUS da Paraíba (Tófoli, 2019). Destaca-se ainda, que as CIES vieram substituir os Polos de Educação Permanente em Saúde, contudo, mantendo a organização dos espaços de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, conforme o art. 14 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990a) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) de 2002 (Lucas, 2019).

As instâncias de deliberação são as CIR e CIB, a CIES tem um papel organizativo, consultivo e propositivo. A Resolução da Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB/PB) nº 1223/2010 é o documento que aprova a criação e institui uma CIES por macrorregião de saúde no Estado paraibano. Além disso, essa portaria visou atender às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e colocou as CIES em um papel importante na condução regional da EPS na Paraíba. Atualmente, registram-se atividades em quatro CIES: na I Macrorregião de Saúde, II Macrorregião e III Macrorregião, subdividida em duas: a do Sertão e a do Alto Sertão (Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba [SES/PB], 2020).

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. Devem ser compostas por gestores de saúde e educação, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), representantes de instituições de ensino com cursos na área da Saúde e representantes de movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS. Enquanto atribuições, as CIES ainda devem apoiar e cooperar para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, articular instituições para propor estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores ancoradas aos conceitos e princípios da EPS, bem como apoiar e cooperar com os gestores na discussão na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento dessas ações (Brasil, 2009).

Adequar a formação diante das demandas e especificidades dos locais e necessidades da população é um dos grandes desafios as instituições formadoras. Historicamente, existiram no país algumas propostas para alcançar mudanças na formação em saúde que podem ser destacadas. Temos o Programa UNI- Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor Saúde (1990), que questionou o modelo flexneriano da formação médica; a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que propõe a reorientação das práticas e da formação em saúde e demarcam um contexto favorável de mudanças e financiamentos públicos; um importante papel nas construções institucionais vêm do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS) em 2004; outro programa com grande abrangência de esforços e disparador de mudanças devido sua ênfase em propostas de integração, ensino e serviços é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) instituído em 2008; assim, como, Residências

Multiprofissionais em Saúde e as Médicas (Filho, Silva, Costa, & Forster, 2019).

O PET-Saúde e as Residências (Uni e Multiprofissionais) são duas propostas em vigência até o momento. Ambas envolvem as instituições de ensino e os serviços, a primeira envolve alunos de graduação e a segunda profissionais já formados, ambas contribuem com o processo de reorientação da formação.

O PET- Saúde se aproxima das propostas da CIES, por se tratar de um programa voltado também para a qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições de ensino. Com vistas a qualificação dos profissionais da saúde, por meio da vivência nos serviços públicos para a elaboração de novos desenhos, reflexão para o aprimoramento e promoção do cuidado em saúde, bem como, de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de saúde das Instituições de Ensino Superior (IES), de acordo com as necessidades do SUS (Ministério da Saúde [MS] & Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [SGTES], 2018).

O diálogo com os serviços e a gestão de saúde das localidades (municípios e estado) e as instituições de ensino é imprescindível para desenvolver e apoiar as atividades de integração ensino-serviço-comunidade. A proposta do PET-Saúde nas edições de 2019 a 2021 objetivou a formação em saúde para a qualificação do trabalho interdisciplinar e interprofissional no âmbito do SUS junto aos profissionais dos serviços e aos discentes. Somado a isto, também potencializa linhas de cuidado no âmbito do SUS, a partir da Política de Educação Permanente em Saúde, visando o fortalecimento da interprofissionalidade do trabalho em equipe na defesa do conceito ampliado de saúde; da integralidade e da humanização na assistência à saúde, e resgata ainda a implantação/implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino e Saúde (COAPES), que é mais um instrumento de contratualização, organização e planejamento no intuito do fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS & SGTES, 2018).

O PET-Saúde promoveu o tema da Educação Interprofissional (EIP) e as Práticas Colaborativas em Saúde buscando as mudanças curriculares considerando estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, alterando a lógica da formação dos profissionais e, conseqüentemente, da dinâmica da produção do cuidado em saúde (MS & SGTES, 2018). Entre os 120 projetos PET-Saúde dessa vigência, quatro ocorreram na Paraíba, três deles no âmbito da II Macrorregião de Saúde, dois projetos coordenados pela Universidade Federal de Campina Grande, um do Campus de Cuité e outro de Campina Grande, e o terceiro sob pela Universidade Estadual da Paraíba. Essa experiência tratasse do conteúdo desse capítulo.

OBJETIVOS E O PERCURSO METODOLÓGICO DESTES CAPÍTULOS

Este capítulo tem como objetivos apresentar a organização das macro e microrregiões de saúde do Estado da Paraíba em vigência; a proposta e organização

da CIES, em especial as atividades desta na II Macrorregião de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba; discorrer sobre o PET-Saúde como proposta indutora de mudanças na formação em saúde e da integração do ensino e gestão-serviços de saúde; e identificar de eixos temáticos e de trabalho em comum entre o ensino e o serviço.

A experiência deste relato foi organizada por membros CIES da II Macrorregião de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Sendo reflexões dos integrantes institucionais que são apoiadores institucionais da Câmara Técnica de Trabalho e Planejamento da 4ª. Gerência Regional de Saúde em Cuité, da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba; da Coordenação local e preceptora do PET-Saúde e docente representante do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande; profissionais do CEFOR- RH/ SES-PB.

O período deste relato das experiências ocorreu entre janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Foram utilizados como scopus desse relato os registros de reuniões, arquivo pessoal dos autores e documentos institucionais de registro (atas). Desta forma, o scopus desse relato permite, em termos metodológicos, que os autores se ancorarem a uma aproximação da análise das instituições, reconhecendo ser elas um conjunto de procedimentos, protocolos e normas, convenções oficiais e oficiosas, que alteram estratégias e estruturas dos seus atores, condicionando suas preferências (Pierson, 2014; Marques, 1997).

Ou seja, as instituições e suas políticas, quando instituídas em um momento no tempo, estruturam tanto o processo de tomada de decisão dos atores envolvidos, como, criam fortes coalizões de suporte que protegem os arranjos institucionais estabelecidos (Pierson, 2004). Essa escolha faz com que possamos identificar nos atos desenvolvidos na CIES os pontos a seguir desenvolvidos a partir de uma apresentação e de uma identificação crítica da experiência interinstitucional na II Macrorregião de Saúde, na Paraíba.

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA

A regionalização na Paraíba tem pouca produção sobre seu processo de realização, todavia, dois textos importantes sobre o tema são dos autores Brandão, Martiniano, Monteiro, Marcolino, Brasil & Sampaio (2012) e Pereira (2015). Ambos fazem dois importantes registros sobre o tema no Estado e consideram que a regionalização não é recente como proposta no SUS e que para a superação dos desafios e especificidades das localidades em um país como o Brasil é preciso fortalecer a regionalização e o SUS. Desde a Lei n. 8080/90, ela era uma condição de organização, com a descentralização e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS). Em 2001, (revisado em 2002) o tema ganha força, principalmente com a institucionalização do Plano Diretor de Regionalização que dava arcabouço para as pactuações entre os gestores com a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Em 2011, o Decreto Presidencial n. 7.508 incorporou às diretrizes

do SUS e as redes de atenção à saúde uma nova organização a ser pactuada nos Colegiados e Comissões intergovernamentais. Para essa mudança, estabeleceu-se como instrumento de planejamento regional o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) em saúde e a implantação do Mapa de Saúde (Albuquerque, 2013 como citado em Pereira, 2015).

A experiência do Mapa de Saúde da Paraíba está disponível no site <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/mapsaude.php> com conteúdos sobre a PPI, regionalização, planejamento e uma seção de publicações, mantendo a lógica de acesso à informação a população, mas também, sendo aos trabalhadores uma ferramenta de inteligência sanitária georrefenciada sobre informações do SUS (SES/PB, 2020). Com base no conteúdo de acesso livre, é possível verificar através de mapas geográficos como a Paraíba está dividida em três Macrorregiões (Figura 1) e dezesseis Regiões de Saúde (Figura 2).



Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Infosaúde, 2020. Fonte: portal.saude.pb.gov.br

A II Macrorregião de Saúde, com sede localizada em Campina Grande, é composta por cinco Microrregiões de Saúde, a 3ª, 15ª e 16ª com sede em Campina Grande, a 5ª com sede em regional em Monteiro, a 4ª Região com sede regional em Cuité, todas as regiões tem cadeiras representativas na CIES envolvida neste trabalho.

A 4ª Região de Saúde é conhecida como região do Curimataú e Seridó Paraibano, composta por doze municípios de pequeno porte (<25.000 habitantes), a saber, Frei Martinho, Picuí, Nova Floresta, Cuité, Nova Palmeira, Baraúna, Pedra Lavrada, Seridó, Cubati, Sossêgo, Barra de Santa Rosa e Damião, conforme Figura 3. A maioria desses municípios oferecem serviços de saúde da atenção primária (unidade de saúde, Núcleos de Apoio ao Saúde da Família) e de média

complexidade.

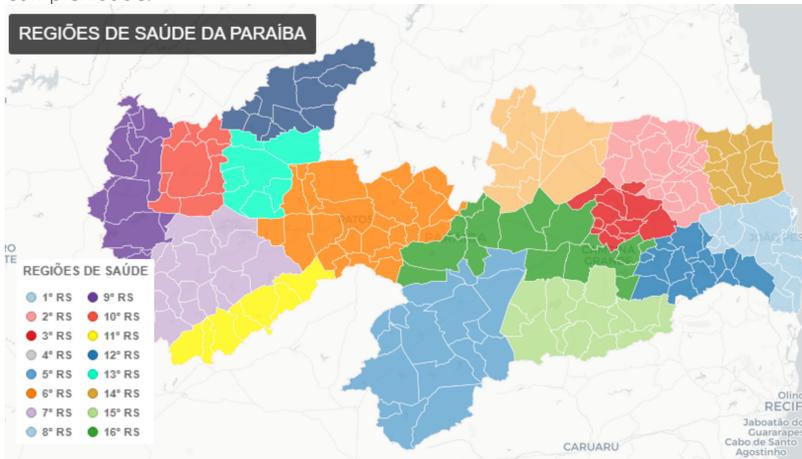


Figura 2. Microrregiões de Saúde (ou Regiões de Saúde) do Estado da Paraíba, InfoSaúde, 2020. Fonte: portal.saude.pb.gov.br

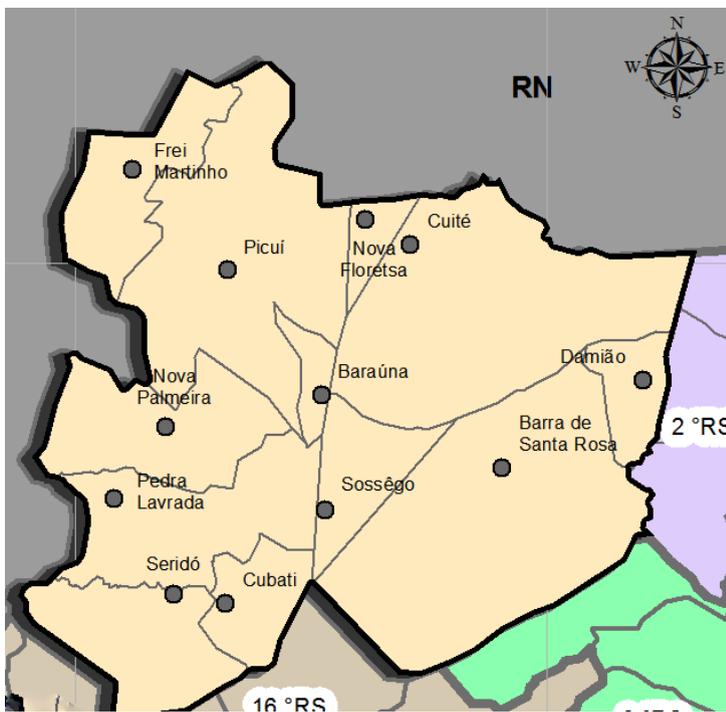


Figura 3. Municípios da 4ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, InfoSaúde, 2020. Fonte: portal.saude.pb.gov.br

COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES)

De acordo com a Resolução (CIB/PB) nº 180/2011, que altera a Resolução (CIB/PB) nº 1223/2010, as CIES devem ser compostas por Instituições Formadoras Públicas e Privadas com cursos na área da saúde; Colegiados de Gestão Regional da respectiva Macrorregional de Saúde; Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; Movimentos Sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS articulados com os Conselhos Municipais de Saúde das respectivas macrorregiões de Saúde; Gestão estadual de saúde; Movimento Estudantil da área da Saúde, e Gestão municipal e/ou estadual da Educação. Essas Comissões articulam, em âmbito locorregional, as representações acima citadas com o intuito de formular propostas de ação de EPS a serem avaliadas e aprovadas pelas CIR e CIB.

Em 2012, a Paraíba formalizou a gestão da formação em saúde, articulada com a rede de Serviços e as Instituições de Ensino e tendo como documento orientador a Cartilha da Rede Escola SUS-PB. Através dessa formalização do convênio entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES), a Rede Escola SUS-PB orienta a formalização, critérios de pactuação, monitoramento e avaliação dos cenários de aprendizagem dos serviços de saúde, fortalecendo ainda mais essa parceria, promovendo assim uma maior fluidez na relação de integração Ensino-Serviço. Essa pactuação é renovada anualmente entre instituições formadoras e serviços do estado da Paraíba. Desta forma, assemelha-se à contratualização proposta pelos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino e Saúde (COAPES) instituído a partir da Portaria Interministerial n. 1.127, de 04 de agosto de 2015.

Essa contratualização que a Paraíba realiza desde 2012 visava garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sobre responsabilidade do Estado como cenário de prática para formação no âmbito da graduação e da residência em saúde. É organizada por meio da Rede Escola, sob a coordenação do CEFOR-RH/SES-PB, promovendo importantes parcerias com municípios e instituições conveniadas, cedendo campo de prática como forma de potencialização para formação de profissionais em saúde em diversas áreas. Essa experiência de articulação é importante, pois vem contribuindo com o processo de formação nos serviços de saúde a partir dos seus programas de Residências ativos no governo do Estado da Paraíba, tendo chegado a formar mais de 130 especialistas residentes dos programas de residências médicas e multiprofissionais (Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba [CEFOR-RH/SES-PB], 2020; Tofóli, Silva, Sobreira, Braga, Nascimento, & Fernandes, 2018).

As CIES na Paraíba tem auxiliado a pactuar de forma descentralizada recursos orçamentários para Educação Permanente, como o que ocorreu a partir da publicação da Resolução (CIB/PB) nº 54/2013. Nela, foram acompanhados dos

municípios as ações abrangentes em todas as macrorregiões, por intermédio de Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS). Através das CIES foram elaborados quatro PMEPS no Estado, auxiliando na construção das propostas para incentivar quanto a manutenção do respeito às necessidades e potencialidades dos municípios em suas respectivas regiões de saúde, a conjuntura das redes de atenção à saúde, as políticas de saúde prioritárias para as regiões e aos objetivos dos Planos de Saúde Estadual e municipais no que tange à educação na saúde. Posteriormente, cada PMEPS foi apresentado e discutido em todas as CIR das respectivas macrorregiões a fim de ser dialogado e aprovado pelos secretários municipais de saúde e técnicos de cada região. Após aprovação nas CIR, os PMEPS foram encaminhados para a CIB e novamente discutidos e aprovados pelos secretários municipais de saúde, bem como pelos representantes da SES/PB e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB).

Para dar condições a essa proposta descentralizada, participativa e aberta à discussão entre os entes, é crucial considerar que faz parte da proposta de gestão em saúde na Paraíba desde 2014 o Apoio Institucional, coordenado pelo CEFOR-RH/SES-PB e incorporado as Gerências Regionais de Saúde do Estado. E esse Apoio Institucional define-se como o apoio é a essência do método Paidéia, assume a cogestão de processos complexos e que articula a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos. Que colabora com a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas (Campos & Júnior, 2012).

Outro marco importante para o desenvolvimento da PNEPS foi a criação do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, o PRO EPS-SUS, através da Portaria nº 3.194/2017 do Ministério da Saúde, com objetivo de fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores e das práticas de saúde no SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Todos os municípios da Paraíba foram contemplados com recursos orçamentários do PRO EPS-SUS destinados às ações locais de Educação Permanente em Saúde (EPS). Além dos municípios, a SES também foi contemplada com o recurso para construção e divulgação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba (PEEPS-PB 2019-2021). O PEEPS-PB tem como principal característica o processo de construção coletiva por meio das oficinas macrorregionais, em que foram apontados os problemas e necessidades de cada macrorregião, em parceria com o COSEMS-PB e com o Conselho Estadual de Saúde.

Essa experiência no Estado reúne a lógica de descentralização, apoia e reforça a regionalização na gestão em saúde, fortalece a necessidade da contratualização para o planejamento e organização das instituições de ensino e de saúde.

CIES da II Macrorregião de Saúde

Em um esforço de sistematizar a experiência em nível da CIES na II Macrorregião

de Saúde, os autores apresentam uma breve descrição e reflexão a partir do seu funcionamento entre os anos de 2019 e 2021. De forma ordinária, ocorrem reuniões mensalmente, até antes do distanciamento social devido ao coronavírus, COVID-19. Esses momentos aconteciam em Campina Grande nas dependências da Gerência Regional de Saúde ou na Sala de reuniões do Hemocentro Regional de Campina Grande (Figura 4). Com advento da mudança, as reuniões passaram a ser de forma virtual pela plataforma de conferência Google meets® ou Jitsi®, ver Figura 4.

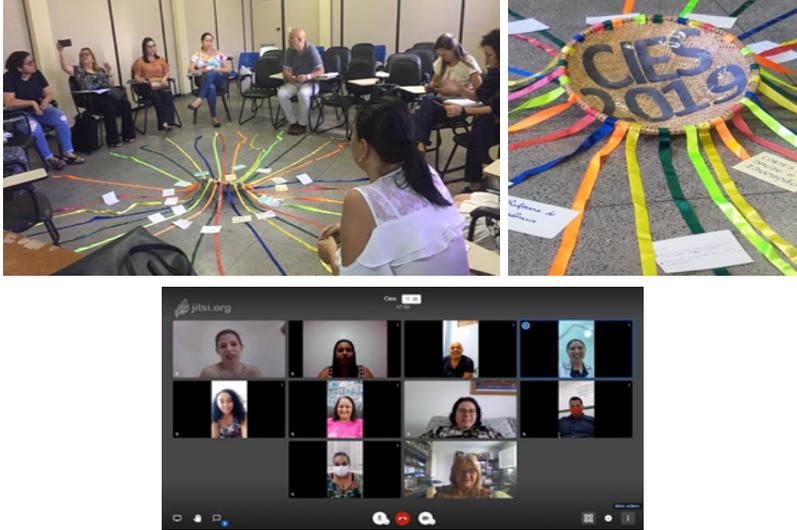


Figura 4. Momento de avaliação do ano de 2019 com reunião presencial, na sede do Hemocentro Regional de Campina Grande, e virtuais, da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da II Macrorregião de Saúde da Paraíba, 2019. Fonte: Arquivo pessoal de integrantes da CIES.

A comissão é um espaço reconhecidamente dialógico e dialético pelas características de seus componentes e pela dinâmica proposta pelo Apoio Institucional, sendo, até, a pauta construída de forma colaborativa entre os integrantes. A 4ª Regional de Saúde na CIES é representada atualmente por um gestor municipal escolhido na 4ª CIR; uma gerente regional de saúde; uma apoiadora institucional do CEFOR-RH/SES-PB; um apoiador regional de Saúde e um coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) regional situado no Hospital Regional de Picuí; um representante institucional do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande envolvido com o PET-Saúde, e por fim, gestores de saúde e/ou técnicos de dois a três municípios por reunião. Desse modo, garante-se uma boa representatividade da região, ainda que pequena como a nossa possa, em expor suas potencialidades, desafios e garantir voz nas

discussões e articulações entre as instituições de ensino e serviços de saúde.

Os apoiadores técnicos, gestores, profissionais, professores e parceiros mantêm um ambiente que permite discussões e relações horizontais. Somado a isso, para as formações, sempre são incentivadas e valorizadas as metodologias participativas, nas quais o profissional é o protagonista do processo de aprendizagem, e pode fazer a problematização com rodas de conversas, valorizando a experiência e vivência profissional, conforme o método Freiriano, inserido na Política Estadual de Educação Popular em Saúde (Prado, Velho, Espíndola, Sobrinho, & Backes, 2012).

Sobre as demandas atuais aos municípios da 4ª Região de Saúde para CIES estão a tomada de decisão de recursos financeiros destinados à Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde, assim como, a discussão e o acompanhamento pela equipe das gerências e os apoiadores institucionais para o fortalecimento e monitoramento da execução das iniciativas municipais ou regionais de EPS. Trazendo a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para as decisões, são levadas em consideração as necessidades da região com intuito de superação das desigualdades regionais, garantindo que sejam vistas as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde bem como a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Portanto, essas decisões começam pelo processo de diagnóstico e avaliações técnicas realizadas em cada município. Esse processo é iniciado pela solicitação, via Gerência Regional de Saúde, que ao responderem o diagnóstico, é enviado à equipe de Câmara Técnica da CIR formada por técnicos municipais, gestor municipal e da gerência de saúde eleitos em votação de Colegiado Intergestores Regional (CIR). Essa equipe menor se reúne mensalmente e realiza grupos de trabalhos para elaboração de planos regionais e as organiza em pautas a serem encaminhadas para aprovação em CIR. Independentemente da disponibilização de recursos em EPS, as ações continuam a serem fomentadas pela própria 4ª Gerência Regional de Saúde em Cuité. São realizadas oficinas regionais com orientações para multiplicação municipal de acordo com as necessidades manifestadas na área da saúde, quando viável, são convidadas áreas técnicas da SES, parcerias com instituições de ensino. Após os primeiros contatos com os municípios, mantemos um acompanhamento das ações por meio de relatórios enviados e pelo compartilhamento das experiências relatados em reuniões de Câmara Técnica e de CIR.

A Câmara Técnica é um espaço que mantém o diálogo com a UFCG com a mesma representante da CIES da universidade, revelando-se mais um espaço de diálogo e articulação entre as instituições (Ver Figura 5). Além disso, a Câmara Técnica ainda apoiou na região a construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, com as principais demandas dos municípios para uma adequada execução de oficinas, capacitações e rodas de conversas em saúde, operacionalizando o recurso do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS).

Ainda, conquistou-se vagas para profissionais de atenção primária e funcionários de Centros de Atenção Psicossocial para o Curso de Capacitação em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial realizada na II Macrorregião de Saúde, a qual teve todo seu planejamento metodológico editado pelos membros da CIES.



Figura 5. Reunião da Câmara Técnica na sede da 4ª Gerência Regional de Saúde em Cuité, Paraíba, com representantes das Secretaria de Saúde, Apoio Institucional, Gerente Regional, professora do Centro de Educação e Saúde da UFCG. Março, 2020.

Esse fortalecimento das ações de Educação Permanente em Saúde pelo Apoio Institucional do CEFOR-RH/SES-PB tem como carácter político-pedagógico os pressupostos da Educação Popular em Saúde. O aporte também é teórico-metodológico e cria uma ação de Apoio com perfil de facilitadora e mediadora das discussões e diálogos para o benefício do desenvolvimento regional, fomentando a gestão descentralizada do trabalho para melhorias das ações e serviços de saúde. Sendo importante o reconhecimento e valorização dos espaços de discussão e deliberação como a CIES, Câmara Técnica, CIR e a própria Gerência Regional de Saúde. Eles são espaços políticos de atuação das ações do Apoio Institucional da SES-PB, com foco na implementação das políticas de Educação Permanente e Popular em Saúde, fortalecendo os laços entre gestores, trabalhadores, instituições de ensino e usuários do SUS.

Apesar da inclusão da EPS na agenda governamental na área de saúde, por meio das propostas contidas na PNEPS que fomentam a condução regional da política, a participação interinstitucional por meio das CIES constituir-se como um grande avanço na concretização da Lei nº 8.080/90, especialmente no que refere à responsabilidade do SUS em orientar a formação de trabalhadores desse sistema (Gonçalves, Pinto, França, & Teixeira, 2019). E preciso reconhecer que o principal desafio está na participação de mais instituições de ensino da II Macrorregião, considerando que é ampla a rede desse segmento, bem como a representação do controle social, trabalhadores e gestores municipais ainda é escassa. Como

consequência da baixa participação de seus integrantes, a proposição de projetos, pautas e ações para as regiões são limitadas. Ademais, isso sobrecarrega as Apoiadoras Institucionais, que participam assiduamente das agendas da CIES e impulsionam a pauta da Educação Permanente nas gerências e regiões em que são referências.

França, Medeiros, Belisario, Garcia, Pinto, Castro e Pierantoni (2017) destacam que as descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento são contingências para a implantação da PNEPS em sua trajetória nos estados brasileiros. Somado a isso, a compreensão do conceito e diretrizes dessa política ainda é frágil entre as pessoas que compõem espaços institucionais como as CIES, o que dificulta, por exemplo, romper com a lógica de que a capacitação soluciona todos os problemas ou limita a EPS a ações pontuais. Para superar essa lógica, é necessário compreender a política de forma mais ampla, porém quando não há expectativa de captar recursos o interesse diminui, há redução de mobilização ou desarticulação das CIES.

Essa realidade foi constatada na CIES da II Macro ao longo desses anos quando comparado os períodos de discussão da descentralização de recursos e elaboração do PMEPS com o momento atual em que não há expectativa de captação de recursos para o desenvolvimento de ações de EPS. Apesar dos desafios que perpassam a CIES enquanto instância de desenvolvimento da PNEPS, a Educação Permanente deve concretizar-se como estratégia de transformação dos processos de trabalhos das equipes e qualidade do serviço ofertado, de apropriação das políticas do SUS e de gestão democrática e participativa.

O PET-SAÚDE COMO FACILITADOR NA INTEGRAÇÃO DO ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE

No ano de 2018, houve o lançamento do edital do PET-Saúde Interprofissionalidade para impulsionar o alinhamento aos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP no país, a partir de um financiamento com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (Filho et al., 2019). Entre os 120 projetos selecionados está a proposta inédita do Campus Universitário de Cuité, pelo Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, em parceria com a 4. Gerência Regional de Saúde e as secretarias municipais de saúde dos municípios de Cuité e Nova Floresta, na Paraíba.

Ressalta-se que, no contexto mundial, a educação interprofissional (EIP) está entre os anos 1960 (no Reino Unido) e 1980 (segundo a Organização Mundial de Saúde) fundando esforços na sistematização de pressupostos que tinham por fim avançar sobre a histórica fragmentação do trabalho em saúde e suas implicações sobre a qualidade da atenção à saúde e à segurança dos pacientes (Reeves, 2008 como citado em Filho et al., 2019). A arquitetura de base conceitual e organização interroga o fazer uniprofissional e desponta como modelo de atenção à saúde que

propunha um processo de trabalho de diferentes áreas a partir de equipes multiprofissionais. A partir dos anos de 1990, e com maior ênfase, nos anos de 2004 a meados de 2016, o Brasil desenvolveu e financiou políticas visando à superação do modelo biomédico e individual de cuidado, com maior integração entre serviços de saúde, comunidade e as instituições de ensino, mudanças curriculares, adoção de métodos ativos de aprendizagem e maior protagonismo estudantil (Peduzzi, 2016; Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013; Filho et al., 2019).

A educação interprofissional (EIP) é uma das mudanças propostas para a formação em saúde e mostra-se como um caminho que potencialmente pode modificar a qualidade da atenção à saúde. O trabalho e a educação interprofissional, sob a lógica do trabalho colaborativo e interprofissional, pautam-se por princípios e ideários do Sistema Único de Saúde, e detêm, bases teóricas metodológicas que se voltam aos processos de trabalho e de formação que questionam a separação e legitimação do distanciamento das profissões. Costa (2016) aponta que no atual contexto as instituições de ensino, as propostas de mudanças curriculares na formação no país, e ao próprio SUS, é uma necessidade reforçar e fortalecer a compreensão de que as especificidades das profissões são complementares e que o trabalho e a educação interprofissional sustentam a lógica de um trabalho que possa ser mais efetivo no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde, atribuindo-lhes centralidade.

No rol das propostas do PET-Saúde Interprofissionalidade está o desenvolvimento da organização regionalizada no intuito da celebração entre os diferentes entes da saúde e da educação os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino e Saúde (COAPES) instituído a partir da Portaria Interministerial n. 1.127, de 04 de agosto de 2015. Os contratos têm como objetivo o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de atender à necessidade de se instituir as diretrizes e os compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS, especialmente nos serviços previstos por meio da Política Nacional de Atenção Básica (ME/MS, 2015). A articulação destinada ao desenvolvimento de estratégias para efetivação do processo de contratualização ou apresentação dos planos de atividades e de monitoramento do COAPES junto às Secretarias de Saúde Estadual e Municipais é um dos objetivos do PET-Saúde Interprofissionalidade (SGTES, 2018).

Essa contratualização é um grande desafio para as instituições. Como sua efetivação não é uma obrigação e sim, uma ferramenta clara de organização, planejamento, monitoramento e a avaliação dessa integração de ensino e gestão, as partes envolvidas precisam estar sensíveis e predispostas a criar uma negociação, principalmente, porque um dos componentes de contrato significa negociar demandas e investimentos diretos e de contrapartida. Qualquer proposição significa lidar com diferenças regionais e locais, além de trazer para um espaço de

diálogo que envolve outras tomadas de decisão para a gestão de um município. Construir proposituras que conciliem os diferentes interesses nas instituições de ensino, principalmente, com a desproporcionalidade dos números de estudantes, crescentes número de cursos e demandas é outro grande desafio.

Todavia, é inegável a potencialidade da participação de todas as comissões, câmaras e colegiados na Macrorregião por todas as instituições envolvidas, seja da educação ou da saúde. Pois, o diálogo mesmo sem a implantação do COAPES na região, criou pontos de articulação acerca de demandas sobre a integração, possibilitou incluir outros representantes das instituições de ensino, identificar situações problemáticas das relações entre ensino e serviço junto ao CES-UFCG, garantiu abertura para conversas com os municípios e seus representantes, possibilitou negociações sobre cenários de práticas e estágios. Para mais, criou condições de apoio interinstitucional para formações, espaços de diálogo dentro da universidade e dentro das instituições para os estudantes da graduação, e por fim, fortaleceu as condições e reflexões sobre o PET-Saúde realizado em Cuité e Nova Floresta.

Alguns momentos foram realizados com os integrantes dos espaços de diálogo para apropriação sobre a importância do COAPES e do fortalecimento e qualificação da relação entre ensino e serviço. Esses momentos foram propostos pela representação do CES-UFCG e do PET-Saúde Interprofissionalidade.

Após essas discussões foi construído um quadro comparativo (ver quadro 1) que auxilia na identificação dos pontos proximais que são comuns a UFCG, ao PET-Saúde, ao CEFOR-RH/SES-PB e aos municípios. O conteúdo é uma síntese de pontos ligados à educação permanente, fomento a integração ensino-serviço-comunidade e condições de fortalecimento da integração.

Esses pontos proximais são temas que fortalecem a identificação e proposições de ações no âmbito da CIES, demonstrando a pluralidade de possibilidades e necessidades no contexto da integração ensino-serviço. As pautas são propostas de forma conjunta, contudo, destaca-se a importância dos apoiadores técnicos para viabilizar e matricular os conteúdos e do que dela é disparado junto às regiões e municípios. Essa dinâmica não ocorre da mesma forma nas instituições de ensino.

Os representantes vêm de lógicas de organização distintas, o que não facilita que a informação e as comunicações sejam disparadas ao mesmo tempo. Todavia, a inserção do PET-Saúde, que gerou mais uma representação na CIES e na Câmara Técnica, trouxe um auxílio a essa fragilidade, porém é preciso fortalecer a discussão e a representação nas instituições de ensino.

Quadro 1. Quadro comparativo para identificação de pontos proximais das instituições para a integração da Universidade Federal de Campina Grande, PET-Saúde, CEFOR-RH/ SES-PB e os municípios da II Macrorregião de Saúde da Paraíba, 2020.

Universidade (UFCG)*	PET-Saúde**	SES e Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba***	Municípios****
<ul style="list-style-type: none"> › Promover a educação continuada, crítica e profissional do Homem › Manter interação com a sociedade, com suas diversas organizações e com o mundo do trabalho › Estabelecer formas de cooperação com os poderes públicos, instituições federais de ensino › Desenvolver e difundir, de modo teórico e prático, o conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> › Educação interprofissional › Trabalho colaborativo › Autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades › Projeto conjunto entre Secretarias Municipais e Estaduais; 	<ul style="list-style-type: none"> › Implementar, desenvolver e articular a política de EPS, a formação técnica, pós-técnica, de qualificação e pós-graduação › Fortalecer a regionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), participando das agendas das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e compoendo as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) › Acompanhar a PNEPS junto ao MS 	<ul style="list-style-type: none"> › Formulação de políticas e planejamento › Regulação, coordenação, controle e avaliação › Financiamento › Execução direta de serviços

*Estatuto da UFCG, suas finalidades, art. 11. / ** EDITAL Nº 10, 23 DE JULHO 2018 SELEÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE PET-SAÚDE/ INTERPROFISSIONALIDADE - 2018/2019. Fundamentos teóricos conceituais e metodológicos / *** Objetivos do CEFOR-RH/SES/PB. Recuperado em 15 dez 2020, de <https://ceforpb.wordpress.com/coordenacao-estrategica/> / **** Principais atribuições dos gestores do SUS. Recuperado em 15 dez 2020, de http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf

Enquanto potencialidades dessa articulação, destaca-se a participação ativa e propositiva das instituições de ensino superior pública em que o PET- Saúde Interprofissionalidade está presente, mobilizando, por exemplo, estratégias junto a gestores locais, através da CIES, para fomentar a organização, formalização e pactuação dos cenários de aprendizagem dos serviços de saúde na região, bem como a ampliação da articulação com a rede de saúde da região, conhecimento das características e necessidades locais que passam a qualificar a atuação desses grupos em vista a fortalecer a formação em saúde e o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a CIES exerce um papel importante como processo de contribuição de ações no âmbito da Educação Permanente em Saúde e ao mesmo tempo articula as Instituições de Ensino, no decorrer da experiência relatada, percebe-se um longo registro de experiências e institucionalizações necessárias para exequibilidade do tema. Mesmo diante de mudanças necessárias à regionalização, à descentralização da gestão, ao apoio institucional, à ênfase pelo diálogo e à colaboração, principalmente, pela via da Educação Popular em Saúde na Paraíba, vislumbrou-se um grande destaque para a possibilidade de uma construção que fortalece o SUS e colabora com as mudanças na formação em saúde.

A CIES na II Macrorregião tem um importante registro de que quanto mais envolvidas as instituições, criaram-se mais articulações e ações aos estudantes, trabalhadores e gestores. Uma forma de comunicação possibilita disparar a EPS não só como objeto de capacitações, mas como ferramenta para fortalecer a regionalização sempre levando os gestores a perceberem que através da metodologia ativa consegue-se realizar a troca de saberes, multiplicando-se ações educativas. Um dos grandes avanços que a CIES II Macro provocou foi a mobilização em relação ao recurso para execução da ação pactuada no Plano Macrorregional de Educação Permanente em Saúde, em que o município de Campina Grande na 16ª Região de Saúde aceitou administrar o recurso referente ao Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial onde foi movido a participação de apoiadores institucionais, gerentes, gestores municipais, apoiadores regionais, IES e CEFOR-RH/ SES-PB.

Nas Gerências a CIES tem ocupado seu espaço de crescimento diante de mais pessoas e atores da saúde e educação, manter esse espaço é um desafio para que novas pautas e a diversificação das propostas sejam fragilidades superadas. Todavia, importante destacar a abertura e o fomento positivo que esse espaço trouxe na relação com o Centro de Educação e Saúde e a execução do PET-Saúde Interprofissionalidade nos anos de 2019 e 2021.

REFERÊNCIAS

Brandão, I. C. A., Martiniano, C. S., Monteiro, Ak. I., Marcolino, E. C. Brasil, S. K. D., & Sampaio, J. (2012) Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir de modelo de regionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3): 347-352.

Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba. (2020) *Rede Escola SUS-PB*. <https://ceforb.wordpress.com/convenios/>

Costa, M. V. A. (2016) Educação Interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface*. 20(56); 197-8.

Filho, J. R. F., Silva, C. B. G., Costa, M. V. da, & Forster, A. C. (2019) Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde e Debate*. 43 (1); 86-96.

França, T., Medeiros, K. R., Belisario, S. A., Garcia, A. C., Pinto, I. C. M., Castro, J. L. & Pierantoni, C. R. (2017) Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (6): 1817-1828.

Gadotti, M. (1992) A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente. 5ª ed. *Paz e Terra*.

Gonçalves, C. B., Pinto, I. C. M., França, T. & Teixeira, C. F. (2019) A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Rev. Saúde debate*, 43 (spe1)

Lucas, T. V. (2019) Análise de educação permanente na educação profissional em saúde no estado de Goiás. [Dissertação de Mestrado Profissional, Fundação Oswaldo Cruz]

Marques, E. (1997) Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*; 43:67-102.

Ministério da Educação e Ministério da Saúde do Brasil. (2015) *Portaria Interministerial n. 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre, ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS*. [online]

Ministério da Saúde do Brasil, & Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2018) *Edital n. 10, 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. PET-Saúde Interprofissionalidade. 2018/2019*. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde do Brasil. (2009). *Série Pactos pela Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, MS, vol. 9.

Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*.

20(56):199-201.

Peduzzi, M., Norman, I. J. & Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., Souza, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983.

Pereira, R. A. L. (2015). O processo de regionalização da saúde na Paraíba: um estudo interpretativo de 2008 a 2013. [Monografia de Residência Multiprofissional, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz]

Pierson P. (2004). *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton University Press.

Prado, M. L. Velho, M. B., Espíndola, D. S., Sobrinho, S. H., & Backes, V. M. S. (2012) Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 16 (1):172-177.

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. (2020) *Mapa da Saúde da Paraíba*. (online)

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Governo da Paraíba. (2020) *Portal de Informações em Saúde do Estado da Paraíba*. INFOSAÚDE. Macrorregiões de saúde e Regiões de Saúde. [online].

Tofóli, A. M. M. A., Silva, F. A. B., Sobreira, M. V. S., Braga, F. C., Nascimento, K. K. D., Fernandes, G. L. (2018) Integração ensino-serviço: alguns diálogos e caminhos possíveis da educação em saúde na paraíba. *Revista Temas em Saúde*. 18(3):5-18.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ NA PARAÍBA E AS AÇÕES DIANTE DO CORONAVÍRUS

Ana Paula Melo da Silva, David Bruno Melo Araújo, Marina Maria Adelino Ferreira, Emerson Batista de Souto, Sebastião Giliard Oliveira Silva, Barbara Belmiro Lucas, Vanessa Bessa da Rocha, Monnalina dos Santos Costa, Isis Giselle Medeiros da Costa, Thaissa Machado Vasconcelos, Cinthia Caroline Alves Marques, Angélica Lira Araújo, Gracielle Malheiro dos Santos

Resumo

Planejar constitui um dos elementos fundamentais para o direcionamento de ações em saúde, sendo necessário o conhecimento territorial e acesso à informações que auxiliem na tomada de decisão mais adequadas e coerentes com as características das localidades. Isso agrava-se diante do que o Brasil e o Mundo têm enfrentado com o Coronavírus, que se pode ser considerado um dos maiores desafios em nível sanitário. Por compreender essa experiência como algo necessário em tempos de COVID-19, e principalmente, como uma ferramenta de trabalho e de formação em saúde, que integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), juntamente com membros do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional (GPTI) objetivaram, neste capítulo, registrar de forma organizada e objetiva os dados sobre a rede de saúde do município de Cuité, no estado da Paraíba. Desta forma, possibilitando uma caracterização inédita e atualizada que possa ser utilizada por diferentes profissionais e estudantes. Como metodologia, foi realizada uma pesquisa documental em bases de dados públicos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) que é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família; Mapa da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. As autoras desse capítulo e preceptoras do PET-Saúde, as quais são atuantes como trabalhadoras dos serviços de saúde e gestoras de saúde, analisaram os relatórios dos serviços, o Plano Municipal de Saúde de Cuité e os Relatórios de Gestão. Compõem a rede de saúde de Cuité os seguintes equipamentos: as unidades de saúde, equipe do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, Serviço de Urgência e Emergência (SAMU), Hospital Municipal, Laboratório Municipal, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Atenção Psicossocial II-adultos, Centro de Testagem para Covid-19, Farmácia Básica e Centro de Atendimento Especializado em Reabilitação (fisioterapia). O Centro de Referência da Mulher e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú Paraibano (CIMSC) têm suas sedes em Cuité. O município ainda conta com o Programa Melhor em Casa, Central de Marcação de exames especializados e um Centro de Especialidades Odontológicas que não foram apresentados neste capítulo de livro.

Introdução

Para que o planejamento e direcionamento de ações em saúde sejam possibilitados, é necessário o conhecimento territorial, sabendo quais dificuldades e potencialidades existem dentro da realidade das pessoas, podendo assim serem

criadas as ações de saúde específicas a dinâmica local em que a comunidade reside (Santos & Rigotto, 2010). Como ferramenta para que tal processo ocorra, destaca-se o diagnóstico situacional, construído a partir de uma coleta e análise de dados colhidos no local, a partir de um esforço dos indivíduos que, de alguma forma, atuam no local de estudos (Sant'Anna, Cezar-Vaz & Cardoso, 2011; Silva, Koopmans & Daher, 2016).

Esse diagnóstico situacional é um recurso de planejamento que pode permitir conhecer as necessidades da população como: necessidades em saúde, saneamento básico, habitação, educação, entre outros, além do funcionamento do sistema de saúde local (Santos & Rigotto, 2010). Ele pode ser feito em diferentes dimensões e recortes, desde uma microárea da unidade de saúde, até de uma cidade, ou estado. Trata-se de uma das principais ferramentas de trabalho no âmbito da saúde, com uso objetivando melhorar os processos de trabalho por meio de dados cadastrais já existentes, valorizando o processo de trabalho ali empregado (Ávila, 2012).

Após o primeiro trimestre do ano de 2020, o Brasil tem enfrentado o que se pode chamar de um dos maiores desafios sanitários de sua história com Coronavírus levando, forçadamente, a diversas mudanças no trabalho em saúde (Santos & Fachin, 2020). Até o dia 17 de dezembro, foram registrados 72.851.747 casos e 1.643.339 mortes em todo o mundo (OPAS, 2020). Acrescenta-se a esse cenário a intensificação da desigualdade social e demográfica e o grande número de pessoas vivendo sob condições precárias de moradia e saneamento, assim como, os altos índices de doenças crônicas e uma grande quantidade de indivíduos em pequenos espaços. Esse panorama é o mais desafiador a ser enfrentado na saúde (Santos & Fachin, 2020).

Semelhante aos demais países, os efeitos causados pela pandemia se diferenciam entre as regiões, concentrando-se nos grandes estados e metrópoles. Em decorrência disso, se fez necessário que o sistema de saúde reformulasse os serviços existentes dimensionando os recursos proporcionalmente à provável demanda aumentada em um curto espaço de tempo tanto local, como regionalmente (Rache, Rocha, Nunes, Spinola, Malik, & Massuda, 2020). É relevante apontar a seriedade da situação diante do Coronavírus na Paraíba, estado em que se situa a cidade caracterizada no presente estudo (Cuité), são mais de 159 mil casos confirmados e 3.523 mortes até o dia 19 de dezembro de 2020, segundo dados epidemiológicos da Secretaria de Estado de Saúde (2020). Este cenário proporciona a oportunidade de discutir e analisar a rede de saúde das localidades. Por compreender essa experiência como algo necessário em tempos de COVID-19, e principalmente, como uma ferramenta de trabalho e para a formação em saúde, que integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e membros do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional (GPTI) objetivaram neste capítulo registrar de forma organizada e objetiva de dados sobre a rede de saúde do município de Cuité, no estado da Paraíba. Permitindo assim,

uma caracterização inédita e atualizada que possam ser utilizados por diferentes profissionais e estudantes.

Como metodologia foi realizado uma pesquisa documental em bases de dados públicos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) que é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família; Mapa da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. As autoras desse capítulo são preceptoras do PET-Saúde, atuam como trabalhadoras dos serviços de saúde e gestoras de saúde que analisaram relatórios dos serviços, o Plano Municipal de Saúde de Cuité e Relatórios de Gestão.

DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO E DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL EM CUITÉ

Município de Cuité, Paraíba

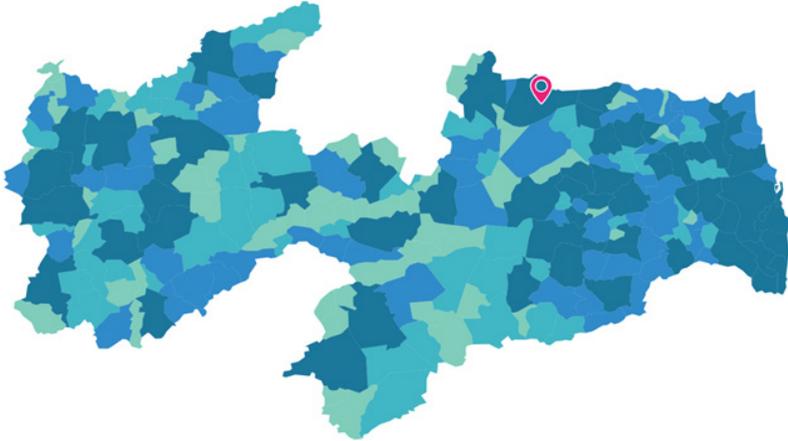


Figura 1. Localização do município de Cuité no mapa do estado da Paraíba, 2020. Fonte: IBGE.

O município de Cuité está localizado na Mesorregião do Agreste na Microrregião do Curimataú Ocidental e apresenta uma área territorial de 741,840 km². Na figura 1 identifica-se a posição geográfica de Cuité no mapa do estado paraibano. Ele faz limite com as cidades do mesmo estado, a saber: Araruna, Cacimba de Dentro, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta, Picuí, Pedra Lavrada, Cubati e Sossêgo, e ainda faz limite com o estado do rio Grande do Norte (IBGE, 2011).

A população estimada é de 20.334 habitantes e densidade demográfica de 26,93 hab/km². A população residente é composta por aproximadamente 50,8% dos habitantes do sexo feminino e 49,2% do sexo masculino. De acordo com a faixa

etária percebe-se que 15,0% dos habitantes têm de 0 a 9 anos de idade; 18,5% têm entre 10 a 19 anos de idade; 17,3% de 20 a 29 anos; 25,1% de 30 a 49 anos; 15,6% de 50 a 69 anos e 8,4% têm 70 anos ou mais (IBGE, 2011).

A maioria da população reside na área urbana, sendo 4.043 domicílios localizados nesta área e 1.832 domicílios na área rural. Assim, a média de moradores em domicílios particulares ocupados é de 3.39. O município caracteriza-se por possuir uma alta taxa de escolarização de habitantes de 6 a 14 anos de idade de 98,3 %. A rede escolar é composta por 21 escolas de ensino fundamental e 4 escolas de ensino médio (IBGE, 2011). Além de um campus universitário da Universidade Federal de Campina Grande, o Centro de Educação e Saúde, com os seguintes cursos de Saúde e Licenciatura: nutrição, farmácia, enfermagem, biologia, matemática, química e física (CES, 2020).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1.7 salários mínimos e 50.2% da população apresentavam domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. Apenas 7,5% apresentavam alguma ocupação de trabalho de forma regular (IBGE, 2018).

Quanto ao acesso a serviços saneamento básico e urbanização, tem-se 15% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado e 2,6% dos domicílios urbanos localizados em vias públicas com urbanização adequada, ou seja, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2011). Quanto ao destino do lixo, 58,8 % são coletados, 21,2% queimado/enterrado e 1,7% queimado. O abastecimento de água organiza-se em: 8,7% da rede são encanados, 9,8% advém de poço/nascente no domicílio, 36,4% advém de cisterna e 10,7% advém de carro pipa (BRASIL, 2020).

Rede de Saúde Municipal

O município faz parte da II Macrorregião e situa-se na 4º Região (ou microrregião) de Saúde do Estado da Paraíba, compõem essa região 12 municípios, como pode ser visto na Figura 2.

Compõem a rede de saúde de Cuité os seguintes equipamentos: as unidades de saúde, atenção multiprofissional, Serviço de Urgência e Emergência (SAMU), Hospital Municipal, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial II-adultos, Centro de Testagem de Covid-19, Farmácia Básica e Centro de Atendimento Especializado em Reabilitação (fisioterapia). Além destes, o Centro de Referência da Mulher e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú Paraibano (CIMSC) têm suas sedes em Cuité. O município ainda conta com o Programa Melhor em Casa, Central de Marcação de Exames Especializados, Laboratório Municipal e um Centro de Especialidades Odontológicas que não foram apresentados no presente capítulo.

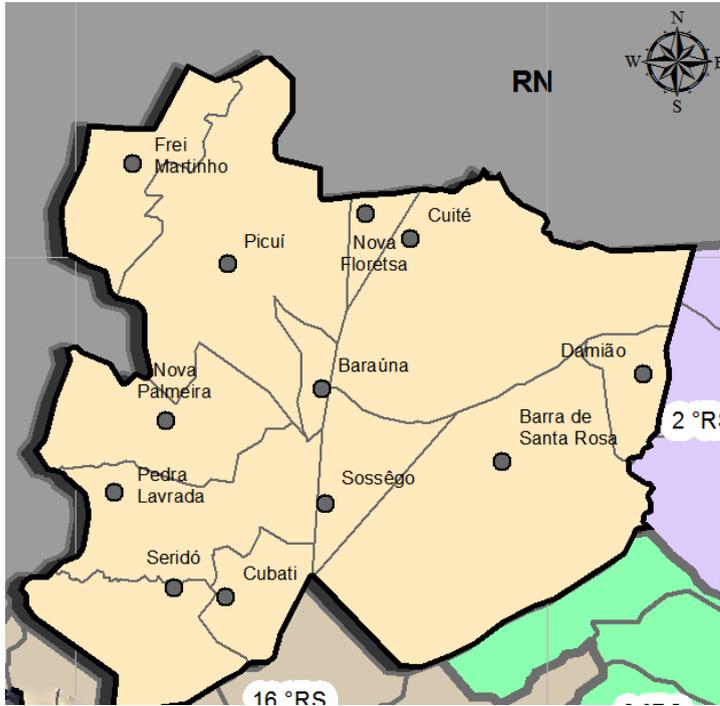


Figura 3. Municípios da 4ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, InfoSaúde, 2020. Fonte: portal.saude.pb.gov.br

AS UNIDADES DE SAÚDE

O município tem 09 (nove) Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Unidade Básicas de Saúde da Família (UBSF). Sendo 05 (cinco) na zona urbana e 04 (quatro) na rural, como demonstra a Tabela 1. Todas as ESF estão contempladas com 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal – ESB. As unidades âncoras são espaços físicos para atuação da equipe de saúde em que a equipe de um mesmo território atua em áreas rurais do município, a fim de diminuir a distância das pessoas para ter acesso ao serviço.

Na sequência, são descritas as informações por unidade básica de saúde sede, apresentando as informações sobre características da população adscrita do território junto ao serviço de saúde e composição da unidade. Os dados tiveram como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS).

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família sede e unidade âncoras no município de Cuité, com identificação da área de localização (urbana ou rural). Paraíba, 2020.

UBSF Sede	UBSF Âncoras
› UBSF Melo*	› UBSF Trapiá
	› UBSF Pocinhos
› UBSF Catolé*	› UBSF Muralhas
	› UBSF Santa Rita
› UBSF Serra do Bombocadinho*	› UBSF Canoas/ Juca
› UBSF Raimunda Domingos de Moura**	› _
› UBSF Ezequias Venâncio da Fonseca**	› UBSF Bujari
› UBSF Assentamento Retiro/Batentes*	› UBSF Cabaças
› UBSF Luiza Dantas de Medeiros**	› _
› UBSF Abílio Chacon Filho**	› _
› UBSF Diomedes Lucas de Carvalho**	› UBSF Salgadinho

Fonte: CNES/MS.2020. Legenda: * Rural/ ** Urbana

Unidade de Saúde da Família Melo (UBSF Melo)

Situada na Zona Rural do Melo, o qual é registrado como distrito do município de Cuité desde o ano de 1962, segundo dados da Biblioteca do IBGE (IBGE, 2007), a Unidade Básica de Saúde da Família Melo faz parte de uma das quatro Equipes da Estratégia da Saúde na Família (ESF) localizada na zona rural do município. Atualmente, estão vinculados a esta unidade 1251 cidadãos, sendo 633 (50,6%) do sexo masculino e 618 (49,4%) do sexo feminino (Brasil, 2020).

Quanto à faixa-etária dos usuários, destaca-se que de 0 a 4 são registrados 81 (6,47%) indivíduos; de 5 a 9 anos, 80 (6,39%) indivíduos; de 10 a 19 anos, 196 (15,67%) indivíduos; 20 a 29 anos, 179 (14,31%) indivíduos; de 30 a 39 anos, 157 (12,55%) indivíduos; de 50 a 59 anos, 153 (12,23%) indivíduos; de 60 a 69 anos, 115 (9,19%) indivíduos; 70 a 79 anos, 67 (5,36%); e 80 anos ou mais, 67 (5,36%). Evidencia-se, pois, uma maior percentagem na faixa-etária entre 10 e 19 anos (Brasil, 2020).

Sobre a situação empregatícia dos indivíduos cadastrados, 263 (21,02%) são aposentados ou pensionistas, enquanto 292 indivíduos são desempregados. Ainda é informado que dos assalariados, 2 (0,16%) possuem emprego com carteira de trabalho e 9 (0,72%) sem carteira de trabalho. Identifica-se, também, que 81 (6,47%) indivíduos autônomos não possuem previdência social, enquanto apenas 4 (0,32%) deste grupo possuem previdência social (Brasil, 2020).

Em relação à saúde dos indivíduos cadastrados, 123 (9,83%) destes são fumantes e 40 (3,20%) realizam o uso de álcool e/ou outras drogas. Quanto o registro sobre a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 35 (2,80%) dos indivíduos são diabéticos e 169 (13,51%) possuem hipertensão arterial. Quando

diz respeito ao estado nutricional destes, 3 (0,24%) dos indivíduos não informaram, entretanto, a maioria se encontra em seu peso adequado, 1123 (89,77%); 43 (3,44%) estão abaixo do peso; e 82 (6,55%) acima do peso.

A unidade é registrada no CNES a partir de 2003 e possui um espaço para ambulatorio; uma sala para clínica básica; um consultório odontológico equipado; uma sala para curativo; uma sala de enfermagem (serviços); e uma sala de imunização. A equipe é composta por 12 profissionais, sendo: 7 agentes comunitários de saúde; 1 auxiliar de enfermagem; 1 enfermeira; 1 auxiliar em saúde bucal; 1 cirurgião dentista; e 1 médico.

Unidade Básica de Saúde da Família Catolé (UBSF CATOLÉ)

A Unidade Básica de Saúde Catolé sede está situada em um distrito do município de Cuité e atende 1.316 indivíduos de acordo com os dados do Relatório de Cadastro Individual do e-SUS (Brasil, 2020).

Destes, 50,75% é do sexo masculino e 49,25% do sexo feminino. A população atendida se distribui de acordo com a faixa etária da seguinte forma: de 0 a 9 anos, 172 pessoas; de 10 a 19 anos, 204 pessoas; de 20 a 29 anos, 167 pessoas; de 30 a 39 anos, 178; de 40 a 49 anos, 152; de 50 a 59 anos, 175; de 60 a 69 anos, 118; e com 70 anos ou mais, 146 indivíduos. Quanto aos vínculos de emprego dos indivíduos residentes no Catolé, 64,89% são trabalhadores volantes da agricultura, aposentados/pensionistas são 261 e outros 243 não possuem trabalho (Brasil, 2020).

Sobre os dados de saúde geral da comunidade, 4,5% possuem diabetes, 19,14% possuem hipertensão arterial, 4,2% possuem alguma doença respiratória ou no pulmão e 1,8% possuem doença cardíaca. Destes, 17,17% possuem plano de saúde privado. A respeito da situação nutricional dos habitantes, 86,8% encontram com peso adequado, 10,41% acima do peso e 2,5% com baixo peso. A respeito da saúde mental, 2,3% obtiveram o diagnóstico de algum problema de saúde mental por um profissional de saúde.

Cadastrado no dia 04/07/2003, o serviço atualmente possui um espaço para atendimentos clínicos, uma sala odontológica equipada e uma sala para curativos. Ao todo, conta com 13 profissionais: 6 agentes comunitários de saúde, 1 técnico em enfermagem; 1 enfermeira; 1 Auxiliar em saúde bucal; 1 Cirurgião dentista; 1 Médico e 2 Recepcionistas (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Serra do Bombocadinho (UBSF SERRA DO BOMBOCADINHO)

Essa unidade é uma das quatro unidades rurais, onde, segundo dados cadastrais por domicílio do e-SUS, estão vinculadas a este serviço de saúde 1.231 usuários no território, dos quais 50,2% são do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino (Brasil, 2020).

A faixa etária da população se expressa na seguinte relação: de 0 a 4 anos um

total de 5,8% de habitantes; de 5 a 14 anos, 15,7% de habitantes; de 15 a 24 anos, 13,8% de habitantes; de 25 a 34 anos, 16,3% de habitantes; de 35 a 44 anos, 13,5% de habitantes; de 45 a 54 anos, 10,4% de habitantes; de 55 a 64 anos, 10,9% de habitantes e de 65 anos ou mais 13,6% de habitantes (Brasil, 2020).

Com relação à ocupação dos indivíduos desse território, destacam-se os trabalhadores volantes da agricultura e os caseiros (agricultura). Na situação de saúde geral da comunidade, de acordo com os dados cadastrais, 3,3% apresenta diabetes e 16,1% hipertensão arterial; o estado nutricional dos sujeitos demonstra que 0,7% estão com baixo peso, 88,5% com o peso adequado e 10,2% estão acima do peso.

A unidade ainda conta com as seguintes instalações: um ambulatório, uma clínica básica, um consultório odontológico, uma sala para curativo e uma sala de enfermagem. A equipe de profissionais é composta por 11 profissionais, sendo 5 agentes comunitários de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeira, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 cirurgião dentista, 1 médico e 1 recepcionista (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Raimunda Domingos de Moura (UBSF RAIMUNDA)

A Unidade Básica de Saúde da Família Raimunda Domingos de Moura, a qual é situada no bairro Basílio Fonseca da zona urbana no município de Cuité, possui um total de 3.533 de indivíduos cadastrados, sua maioria sendo do sexo feminino e registrado em 1,908 (54,01%) indivíduos e 1.625 (45,99%) para o sexo masculino. Quanto à autodeclaração de raça, os usuários em sua maioria se consideram da cor parda com uma percentagem de 54,01%, 43,42% da cor branca, 1,98% da cor preta e 0,59% da cor amarela (Brasil, 2020).

No que se refere à faixa-etária dos cadastrados, há uma prevalência entre 30 a 39 (16,36%), sendo possível verificar a partir dos dados evidenciados: de 0 a 9 anos, 450 (12,74%) indivíduos; de 10 a 19, 525 (14,86%); de 20 a 29 anos, 539 (15,26%) indivíduos; de 30 a 39 anos, 578 (16,36%) indivíduos; de 40 a 49 anos, 479 (13,56%) indivíduos; de 50 a 59 anos, 377 (10,67%) indivíduos; de 60 a 69 anos, 253 (7,16%) indivíduos; 70 a 79 anos, 183 (5,18%) indivíduos; e 80 anos ou mais, 149 (4,22%) indivíduos (Brasil, 2020).

Em referência ao mercado de trabalho, o território tem 562 (15,91%) para aposentados/pensionista e 717 (20,29%) que não possuem trabalho. Além destes, há uma quantidade de 86 (2,43%) para assalariado com carteira de trabalho e 96 (2,72%) para assalariado sem carteira de trabalho. Ainda, sobre autônomos, os que possuem previdência social contabilizam em 56 (1,59%) indivíduos e sem a previdência social, 321 (9,09%) indivíduos. A categoria que mais prevalece dentre tantas outras registradas é a de agricultor, elucidando um total de 795 (22,50%) trabalhadores (Brasil, 2020).

No que concerne ao estado de saúde geral dos indivíduos da UBSF Raimunda, 211 (5,97%) usuários possuem diabetes e 550 (15,57%) possuem hipertensão arterial. Constata-se que 90 (2,55%) detêm de uma doença cardíaca e 15 (0,42%) do total de insuficiência cardíaca. Considerando sua totalidade, 251 (7,10%) são

fumantes e 170 (4,81%) realizam o uso de álcool e/ou outras drogas. No que concerne o estado nutricional, 3.107 (87,94%) dos indivíduos apresentam peso adequado, enquanto 364 (10,30%) dos indivíduos se encontram acima do peso e 46 (1,30%) dos indivíduos abaixo do peso. Ainda dentro do número, 16 (0,45%) indivíduos não informaram a sua situação nutricional.

A unidade possui um espaço ambulatorial, um consultório odontológico equipado, uma sala para curativo e uma sala de enfermagem (serviços). E a equipe tem 16 integrantes: 6 agentes comunitários de saúde; 3 agentes de combate a endemias; 1 técnico de enfermagem; 1 enfermeira; 1 auxiliar em saúde bucal; 1 cirurgião dentista; 1 médico; 1 recepcionista; e 1 trabalhador de serviço de limpeza (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Ezequias Venâncio da Fonseca (UBSF EZEQUIAS)

A Unidade Básica de Saúde da Família Ezequias Venâncio da Fonseca é uma das quatro unidades rurais de referência de Cuité. Caracteriza-se por ter como âncora a comunidade do Bujarí. Segundo dados cadastrais por domicílio do e-SUS, estão vinculadas a este serviço de saúde 3.094 usuários no território, dos quais 53,1% são do sexo feminino e 56,9% do sexo masculino (Brasil, 2020).

Assim, a faixa etária da população desta unidade se expressa na seguinte relação: de 0 a 4 anos um total de 5,8% de habitantes; de 5 a 14 anos, 13,9% de habitantes; de 15 a 24 anos, 13,8% de habitantes; de 25 a 34 anos, 15,3% de habitantes; de 35 a 44 anos, 13,0% de habitantes; de 45 a 54 anos, 13,2% de habitantes; de 55 a 64 anos, 11,8% de habitantes e de 65 anos ou mais 13,3% de habitantes (Brasil, 2020).

Com relação à ocupação dos indivíduos desse território, destacam-se os trabalhadores volantes da agricultura, os caseiros (agricultura) e os abatedores. Na situação de saúde geral da comunidade, de acordo com os dados cadastrais, 5,2% dos indivíduos apresentam diabetes e 16,1% hipertensão arterial; o estado nutricional dos sujeitos demonstra que 0,5% estão com baixo peso, 88,2% com o peso adequado e 8,6% estão acima do peso (Brasil, 2020).

Considerando a equipe de profissionais dessa Unidade Básica de Saúde da Família, esta é composta por 20 profissionais. Assim, a equipe é constituída por: nove agentes comunitários de saúde, três agentes de combate a endemias, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, um auxiliar em saúde bucal, um cirurgião dentista, um médico, uma recepcionista, um vigia, um trabalhador de serviço de limpeza. A unidade ainda conta com as seguintes instalações: uma clínica básica, um consultório odontológico, uma sala para curativo, sala de imunização, sala de nebulização e uma sala de enfermagem (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Assentamento Retiro e Batentes (UBSF RETIRO E BATENTES)

A Unidade Básica de Saúde da Família Assentamento Retiro e Batentes

localiza-se na zona rural do município de Cuité e possui três microáreas, contando com 271 domicílios e 248 famílias cadastrados. Ao todo são 837 usuários cadastrados de sendo 450 do sexo masculino (53,8%) e 387 do sexo feminino (46,2%) (Brasil, 2020).

A maior parte destes possui entre 10 e 19 anos (18,5%), sendo distribuídos na seguinte proporção de faixa etária: de 0 a 9 anos, 96 indivíduos; de 10 a 19 anos, 155 indivíduos; de 20 a 29 anos, 121 indivíduos; de 30 a 39 anos, 113; de 40 a 49 anos, 110; de 50 a 59 anos, 126; de 60 a 69 anos, 59; e com 70 anos ou mais, 55 indivíduos (Brasil, 2020).

Com relação à situação de emprego dos habitantes desse território, destacam-se os aposentados/pensionistas (132 indivíduos) e os que não possuem trabalho (111 indivíduos). Entretanto, a maioria destes (503 indivíduos) afirmaram estar em outro vínculo empregatício que não corresponde à trabalho assalariado com ou sem carteira, autônomo com ou sem previdência social e servidor público/militar.

Sobre os dados de saúde geral da população do Assentamento, de acordo com os dados cadastrais, 97,37% encontram-se em peso adequado, 3,3% possui diabetes e 12,78% possui hipertensão arterial. A respeito da saúde mental, 3,8% obtiveram o diagnóstico de algum problema de saúde mental por um profissional de saúde.

A maior parte do território não possui água encanada tratada com cloração. Quanto ao destino do lixo, este é enterrado e/ou queimado, segundo os dados cadastrais por domicílio do e-SUS (Brasil, 2020).

As instalações possuem uma sala para clínica indiferenciada, uma sala odontológica equipada e uma para curativos. A equipe conta com 9 profissionais, sendo: 3 Agentes comunitários de saúde; 1 técnico de enfermagem; 1 enfermeira; 1 técnico em saúde bucal; 1 cirurgião dentista; 1 médico e 1 recepcionista (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Luiza Dantas de Medeiros (UBSF LUIZA)

Possui 3496 indivíduos cadastrados de acordo com as informações do relatório de cadastro individual do e-SUS (BRASIL, 2020), sendo maioria do sexo feminino (53,58%), que se autodeclara pardo (57,27%) e branco (39,65%), com escolaridade no fundamental (44,77%) e ensino médio (20,91%), além de 10,93% com algum grau de formação superior.

A faixa etária do público dessa unidade de saúde tem maior prevalência entre 20-29 anos (16,91%), seguidos por 10-19 anos (15,65%) e 30-39 anos (15,39%). Entretanto, observou-se usuários de todas as faixas etárias. De acordo ainda com o relatório do e-SUS, no que concerne à situação empregatícia desse público, destaca-se os não respondentes (39,85%), seguido por aposentados/pensionistas (15,42%), além os desempregados e que não trabalham (8,47%). Apenas 1,57% dos adscritos a essa UBSF é assalariado com carteira assinada (Brasil, 2020).

No que tange os dados de saúde geral da população, observa-se um grande número de não respondentes para todas as variáveis. Ainda, verificou-se que 245

indivíduos são fumantes e 32 fazem uso de álcool, 488 são hipertensos, 38 tiveram AVC/derrame e 26 indivíduos tiveram infarto. Verificou-se que 2,46% possui alguma patologia associada ao sistema respiratório, 2,63% ao sistema cardiovascular e 2,63% ao sistema renal. A respeito da saúde mental, 57 usuários são diagnosticados com alguma disfunção nesse domínio. Sem informações e notificações em relação a cidadãos em situação de rua. Em relação ao estado nutricional da população, 84,93% encontram-se em eutróficos (Brasil, 2020).

As instalações são uma sala de clínica indiferenciada; uma sala odontológica equipada; uma sala para curativos; uma sala de imunização e uma sala de nebulização. A equipe é composta por 16 profissionais, sendo eles: 6 Agentes comunitários de saúde; 3 Agentes de endemias; 1 técnico de enfermagem; 1 enfermeira; 1 técnico em saúde bucal; 1 cirurgião dentista; 1 médico, 1 recepcionista e 1 zelador de edifício (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Abílio Chacon Filho (UBSF ABÍLIO)

A Unidade Básica de Saúde da Família Abílio Chacon Filho é uma das cinco unidades urbanas. Segundo dados cadastrais por domicílio do e-SUS, estão vinculadas a este serviço de saúde 1.868 usuários no território, dos quais 58,6% são do sexo feminino e 41,4% do sexo masculino (Brasil, 2020).

Desse modo, a faixa etária como parte total da população se expressa na seguinte relação: de 0 a 4 anos um total de 3,5% de habitantes; de 5 a 14 anos, 10,8% de habitantes; de 15 a 24 anos, 15,2% de habitantes; de 25 a 34 anos, 10,9% de habitantes; de 35 a 44 anos, 10,9% de habitantes; de 45 a 54 anos, 6,3% de habitantes; de 55 a 64 anos, 13,0% de habitantes e de 65 anos ou mais 23,1% de habitantes (Brasil, 2020).

Com relação à ocupação dos indivíduos desse território, destacam-se trabalhadores volantes da agricultura, caseiro (agricultura) e comerciante varejista. Na situação de saúde geral da comunidade, de acordo com os dados cadastrais, 6,8% apresenta diabetes e 18,7% hipertensão arterial; o estado nutricional dos sujeitos demonstra que 0,7% estão com baixo peso, 84,1% com o peso adequado e 14,7% estão acima do peso.

A unidade ainda conta com as seguintes instalações: um consultório odontológico, dois consultórios não médicos, uma sala para curativo e uma sala de imunização. A equipe de profissionais é composta por 15 profissionais. Deste modo, a equipe é constituída por: um médico, seis agentes comunitários de saúde, três agentes de combate a endemias, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e uma recepcionista (CNES, 2020).

Unidade Básica de Saúde da Família Diomedes Lucas Carvalho (UBSF DIOMEDES)

A unidade localiza-se na rua Francisco Theodoro da Fonseca do bairro São Vicente em Cuité. Possui 3.529 indivíduos cadastrados de acordo com as

informações do relatório de cadastro individual do e-SUS. O perfil caracteriza-se sendo maioria do sexo feminino (54,04%), que se autodeclara pardo (59,9%), branco (35,73%) e pretos (4,31%), com escolaridade no fundamental (46,87%) e ensino médio (15,39%), apenas 3,88% possui algum grau de formação superior (Brasil, 2020).

De acordo ainda com o relatório do e-SUS (2020), no que concerne à situação empregatícia desse público destaca-se os não respondentes (68,69%), seguido por aposentados/pensionistas (17,03%), além os desempregados e que não trabalham (17,77%). Verificou-se que menos de 1% dos adscritos a essa UBSF é assalariado com carteira assinada.

A faixa etária do público dessa unidade de saúde tem maior prevalência entre 10-19 anos (15,3%), seguidos por 30-39 anos (14,31%) e 20-29 anos (13,69%). Entretanto, observou-se usuários de todas as faixas etárias (Brasil, 2020).

No que tange os dados de saúde geral da população, observa-se um grande número de não respondentes para todas as variáveis. Ainda, verificou-se que 238 indivíduos são fumantes e 44 fazem uso de álcool, além de 521 serem hipertensos, 202 diabéticos, 34 tiveram AVC/derrame e 11 indivíduos tiveram infarto. Verificou-se que 2,21% possui alguma patologia associada ao sistema respiratório, 2,15% ao sistema cardiovascular e 1,3% ao sistema renal. A respeito da saúde mental, 81 usuários são diagnosticados com alguma disfunção nesse domínio. Sem informações e notificações em relação a cidadãos em situação de rua. Em relação ao estado nutricional da população, 91,41% encontram-se eutróficos (Brasil, 2020).

As instalações possuem duas salas para clínicas indiferenciadas; uma sala odontológica equipada e uma sala para curativos. A equipe da UBSF Luiza, é composta por 16 profissionais, sendo eles: 8 Agentes comunitários de saúde; 2 Agentes de endemias; 1 técnico de enfermagem; 1 enfermeira; 1 técnico em saúde bucal; 1 cirurgião dentista; 1 médico e 1 recepcionista (CNES, 2020).

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A atenção multiprofissional de 2009 a 2019 funcionou por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), devido as mudanças de configurações desse núcleo diante das formas de financiamento da Atenção Básica pelo Governo Federal via Ministério da Saúde a proposta modificou-se. A atenção multiprofissional em Cuité no ano de 2020 passou a ser realizada por profissionais de psicologia, assistente social e nutrição. Eles mantêm atividades clínico assistenciais e estão vinculados às Unidades de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

A atuação do NASF Cuité funcionou de forma matricial, o que configurava suporte e apoio às equipes das UBSF. Todavia, também desempenhavam atendimentos clínicos assistenciais a usuários das unidades da rede de saúde. O NASF Cuité apoiava as ações das ESF e do Programa Melhor em Casa, e o Programa Saúde na Escola. De acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos anos de 2014 a 2017 foram atendidos no NASF do município de Cuité cerca de 21.099

usuários, com maior prevalência no ano de 2015 (6.136 usuários).

A primeira versão da equipe de NASF em Cuité tiveram as áreas de formação na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família sede e unidade âncoras no município de Cuité, com identificação da área de localização (urbana ou rural). Paraíba, 2020.

ESPECIALIDADES
› Psicologia
› Farmácia
› Nutrição
› Fisioterapia
› Assistência Social
› Fonoaudiologia

Fonte: Relatório de Gestão, Prefeitura Municipal de Cuité, 2019.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ

O Hospital é considerado de média complexidade de pequeno porte. São realizados os serviços de urgência e emergência, assistência ambulatorial e serviços de especialidades básicas como clínica médica, pediátrica e obstétrica. Em virtude da pandemia, um setor de isolamento para casos suspeitos e confirmados de COVID-19 foi disponibilizado.

O serviço conta com um sistema de triagem com classificação de risco e possibilita algumas assistências especializadas como consultas com médico ortopedista através de agendamentos quinzenais de acordo com a demanda que, em geral, é proveniente da atenção básica. Exames laboratoriais e de imagem (radiografias) também são ofertados, assim como pequenas cirurgias previamente agendadas de acordo com a avaliação médica local. Os medicamentos e artigos médico-hospitalares passam por um sistema organizado de aquisição, armazenamento, controle e dispensação.

O serviço possui doze setores, sendo estes: triagem, urgência/emergência/sala de estabilização, clínica médica, pediatria, setor de radiologia, farmácia, laboratório, setor COVID-19, contas médicas/administração, obstetrícia (pré-parto, sala de parto e alojamento conjunto), sala para pequenas cirurgias e sala de coleta de exames laboratoriais.

A equipe é composta por 95 profissionais: 9 médicos, sendo 8 clínicos gerais e 01 ortopedista; 13 enfermeiros; 24 técnicos de enfermagem; 10 auxiliares de serviços gerais; 05 técnicos em radiologia; 09 profissionais responsáveis pela copa/cozinha (auxiliares, copeiras e cozinheiras); 01 nutricionista; 06 recepcionistas; 04 porteiros 05 profissionais da administração; 05 bioquímicos; 01 farmacêutico; 01 auxiliar de farmácia; e 02 assistências sociais. Durante os plantões, 1 médico e 3

enfermeiros são plantonistas (CNES, 2020).

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é gerido pela Secretaria Municipal de Saúde e tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. É um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer ambiente: residências, locais de trabalho e vias públicas (PMC/SMS, 2017).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2017), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Cuité possui 2 Viaturas, sendo 1 Unidade de Suporte Avançado (USA 37) e 1 Unidade de Suporte Básico (USB 54). Sua equipe é composta por: 1 Coordenadora, 5 Médicos, 6 Enfermeiros, 4 Técnicos de Enfermagem, 6 Condutores, e 1 Auxiliar de Serviços Gerais. Desse modo, a tabela abaixo destaca a quantidade de atendimentos realizados.

De acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos anos de 2014 a 2017, foram atendidos no SAMU do município de Cuité cerca de 3.805 usuários, com maior prevalência no ano de 2014 (1.099 usuários) (SMS, 2017).

Na Tabela 3, estão descritos os tipos de ocorrências do município de Cuité. E na Tabela 4, estão descritas as cidades onde o SAMU Cuité atua e quais os números de ocorrências no ano de 2020.

Tabela 3. Principais tipos de ocorrência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU do município de Cuité, Paraíba, 2020.

Ocorrências	Quantidade
› Trauma	› 248
› Clínicos	› 446
› Obstétricos	› 32
› Psiquiátricos	› 56
› Transferências	› 106
› Total	› 888

Fonte: SIASUS/TABNET/DATASUS. MS, 2020.

Tabela 4. Cidades de ocorrências do SAMU do município de Cuité, Paraíba. 2020.

Cidade	Nº de Ocorrências
› Cuité	› 702
› Nova Floresta	› 152
› Sossego	› 27
› Damião	› 02
› Barra de Santa Rosa	› 03
› Picuí	› 02
› Total	› 888

Fonte: SIASUS/TABNET/DATASUS. MS. 2020

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, durante o ano de 2020, mesmo em meio à pandemia do coronavírus e como maneira de estabelecer formas de cuidado viáveis nesse período, várias ações foram desenvolvidas no SAMU do município de Cuité. Dentre elas, tiveram-se Reunião com a Equipe (Coordenação, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Condutores e Auxiliares de Serviços Gerais) para alinhamento das rotinas do serviço, adequando-se ao Protocolo de Trabalho no setor de Urgência e Emergência; Realizações de Debates com os profissionais do serviço para construção e definição de estratégias de combate à Covid-19, contando com execução de simulações de paramentação, desparamentação, desinfecção das viaturas e manuseio de equipamentos; Aquisição de Equipamento de Proteção Individual (EPI), Insumos e Equipamentos para enfrentamento da Pandemia, tendo como objetivos proteção dos profissionais e prevenções de infecções cruzadas; Recebimento de uma Câmara Fria para guardar as medicações que precisam ser mantidas sobre refrigeração; Efetuação de Testagem dos funcionários para detecção de Infecção por Coronavírus; Oferta de Capacitação em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) para toda a equipe; e Reestruturação e Revitalização da Base Descentralizada do SAMU-192.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSi)

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei Federal 10.216/2002, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberta e comunitária, buscando a reinserção das pessoas em sofrimento psíquico. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi – atende crianças e adolescentes que apresentem prioritariamente transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles que fazem uso álcool e outras drogas, e em situações que impossibilitem estabelecer laços sociais. O CAPSi do município de Cuité foi implantado em 2019, realizando atendimentos com um público que varia de 3 a 18 anos (SMS, 2020a).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2020a, 2020b) o CAPSi funciona de “portas abertas”, ou seja, o serviço recebe, ouve e acolhe todas as demandas que se dirige a ele, sem a necessidade de um encaminhamento prévio, por mais

que a porta de entrada ao serviço tenha sido potencialmente a atenção básica. Além da demanda espontânea e da atenção básica, encaminhamentos são advindos também da rede de educação dos municípios, assistência social, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, conselhos tutelares e aparelhos de justiça.

Em fevereiro de 2020, o serviço começou a contar com o programa PET Saúde Interprofissionalidade, recebendo alunos dos cursos de biologia, enfermagem, farmácia e nutrição, em um processo de aprendizagem pelo trabalho, fortalecendo o serviço, a comunidade atendida, as equipes e onde podemos também contribuir com a formação de futuros profissionais (SMS, 2020a).

Atualmente, o serviço conta com 226 prontuários, sendo que 169 deles estão hoje ativos, participando semanalmente de oficinas terapêuticas. Importante ainda enfatizar as rotinas do serviço, nas quais são valorizadas as oficinas terapêuticas e trabalhos em grupo com projetos específicos e diversificados. As oficinas são priorizadas ante a medicalização da infância. As crianças/adolescentes só passam ao atendimento médico, após avaliação e construção de vínculo com toda a equipe interdisciplinar – a menos que se trate de uma questão emergencial em psiquiatria – a fim de pensarmos em uma atenção próxima a uma proposta integral em saúde, e problematizar a intensa medicalização que infância vive na contemporaneidade (SMS, 2020a, 2020b).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2020a, 2020b), é importante enfatizar que este serviço funciona com equipe mínima e contou com algumas mudanças em recursos humanos no íterim da abertura do serviço até hoje, situação em que restam algumas dificuldades no sentido de continuidade do ritmo de trabalho, provocando algumas alterações no serviço. Cabe destacar ainda que, enquanto equipe mínima, os serviços CAPSi atenderão até 15 usuários por turno, ou ainda 25 usuários por dia.

A Coordenação do CAPSi de Cuité e a Gestão Municipal de Saúde, em meio a pandemia do novo Coronavírus, mantiveram o equipamento com suas atividades. Mantiveram-se as ações de atenção psicossocial à população, ainda que com estruturas e estéticas diferentes. Foram mantidos os atendimentos individuais em psicologia e psiquiatria de forma remota, utilizando computadores e telefones celulares para garantir a continuidade do tratamento de usuários do CAPSi. Além disso, o serviço disponibilizou telefone celular a fim de que a população pudesse entrar em contato em caso de sofrimento psíquico diante da situação de pandemia, bem como receber usuários advindos das unidades de saúde do município em situação de sofrimento psíquico a fim de realizar escutas.

Em julho de 2020, através do comunicado da Coordenação Estadual de Saúde Mental sobre a reabertura dos espaços, foram retomadas reuniões presenciais com famílias para discutir coletivamente o projeto de retomada. Usuários que estavam em atenção remota começaram a retornar ao serviço de modo presencial com intervalos entre os atendimentos visando a não aglomeração nem o tempo de espera elevado (SMS, 2020b).

Cabe destacar ainda que, neste período, alguns profissionais foram remanejados para outros serviços para dar conta do projeto de contenção do município ao Coronavírus. Neste ínterim, de maio a junho, uma psicóloga esteve alocada em outro serviço, sendo também as atividades em grupo suspensas. Em tempo, informamos ainda, que o serviço passou catorze dias fechado diante da situação de uma trabalhadora do serviço ter testado positivo ao Coronavírus. Em 10 de Agosto, duas novas profissionais se inseriram no serviço, sendo uma enfermeira e uma técnica de enfermagem (SMS, 2020a, 2020b).

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II (CAPS II)

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Cuité (2017), o Centro de Atenção Psicossocial do município, inicialmente do Tipo I implantado em 2011, é destinado ao tratamento e acompanhamento de pessoas com transtorno mentais e indivíduos dependentes de substâncias químicas, tendo como objetivo a reinserção social dessas pessoas e tratamento. Hoje atua em indivíduos de moderada a grave complexidade. O serviço funciona de Segunda-Feira a Sexta-Feira das 7h às 16h.

Os serviços são ofertados a população de Cuité e Nova Floresta, sendo eles: Atendimento Psiquiátrico, Atendimento Psicológico, Visitas Domiciliares, Assembleia com os Familiares, Oficinas de Musicoterapia, Expressão Corporal (Teatro e Dança), Atividades Esportivas, Atividades Lúdicas, Atividades Artísticas, Horticultura e Atividades Extramuros. A equipe busca sempre trabalhar a autoestima, a reinserção desses usuários, como também conseguir melhorias na sua qualidade de vida em meio a família e a sociedade (PMC/SMS, 2017).

Possui uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, enfermeira, psicóloga, pedagoga, assistente social, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, oficineiro, porteiro, auxiliar de serviços gerais e cozinheira.

Nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de 2014 a 2017 registram-se no CAPS do município de Cuité cerca de 14.532 atendimentos.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO DA MULHER

Anexo ao Hospital municipal está o Centro de Diagnostico de Tratamento de Câncer do Colo do Útero e Mama, ofertando serviços como o de Mamografia Digital, Ultrassonografias em geral Citopatologia, Colposcopia, e Atendimento em Ginecologia.

No ano de 2018, foi iniciada uma parceria com a ONG Mulheres de Peito a qual gerencia o serviço de mamografia, diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Salientamos ainda que o município de Cuité será referência para os municípios da 4ª Região, ofertando serviço de qualidade com a implantação do Centro de Referência com imagens digitalizadas das mamografias e raio-X, e possível emissão de laudo se necessário.

FARMÁCIA BÁSICA

A Farmácia Básica do município de Cuité está localizada na rua José Vitorino de Medeiros S/N no bairro Centro. Esse serviço está incluso no conjunto de ações da Assistência Farmacêutica e é financiada via bloco de financiamento chamado “Qualifar-SUS”. Para a gestão dos medicamentos faz uso do Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica (HÓRUS), proposto pelo Ministério da Saúde e que permite o controle e distribuição da medicação no SUS.

O estoque de medicamentos adquiridos e dispensados pertencem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Uma das dispensações com grande relevância é a de inibidores da reabsorção óssea, como o Alendronato de Sódio 70mg, utilizado no tratamento da osteoporose e prevenção de fraturas, muito comum em mulheres no período pós climatério. Entre os anos de 2018-2020, houve uma dispensação considerável de Alendronato de Sódio 70mg, sendo em 2018 um total de 632 unidades, 2019 correspondendo a 715 unidades e até o mês de setembro de 2020, 445 unidades do medicamento, consolidando então 1792 receitas dispensadas. A equipe da Farmácia Básica é composta por 01 atendente de Farmácia e 01 Farmacêutica.

CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

No ano de 2012 foi instalado em sede própria no município o Centro Especializado em Reabilitação, anteriormente situado no Serviço do Centro de Saúde Severina Ceci dos Santos. Seu objetivo principal é ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços da Atenção Básica, aumentando sua resolutividade, abrangência e alvo das ações municipais. Isso se justifica tendo em vista que, de 19.978 habitantes de Cuité, segundo o censo 2010, mais de 5 mil possuíam alguma deficiência, especialmente ocasionados por acidentes automobilísticos (SMS, 2017).

Atualmente, o centro é composto por 6 profissionais: 3 fisioterapeutas, 1 zelador e 2 recepcionistas e abrange atendimentos de reabilitação em pediatria, geriatria, traumatologia, neurologia e demais especialidade que demandem um fisioterapeuta (CNES, 2020).

Percebendo a alta demanda da região e considerando que as redes de reabilitação existentes não são suficientes para atender, o município está aguardando a aprovação do projeto do Centro Especializado em Reabilitação II e a autorização da Caixa Econômica Federal para iniciar as licitações para a sua construção (SMS, 2020).

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CURIMATAÚ E SERIDÓ PARAIBANO (CIMSC)

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó Paraibano – CIMSC foi fundado em 25 de julho de 1997. Neste serviço, são ofertadas consultas médicas e procedimentos especializados à 15 municípios consorciados. Tem como

finalidade atender às demandas de especialidades em atendimentos que envolvem toda a problemática de Saúde Pública. Esta interação permite um crescimento no nível de desenvolvimento socioeconômico da região, pois a integração dos municípios e a consolidação das políticas públicas em saúde propõem o incremento de investimentos na área, além de diminuir os custos, nos quais não poderiam ser suportados por apenas um ente municipal (SMS, 2017).

O CIMSC conta com especialidades médicas e exames especializados descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Especialidades e tipos de exames oferecidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimatáu e Seridó Paraibano, sede em Cuité, Paraíba. 2020.

ESPECIALIDADES	EXAMES
› Endocrinologista	› Eletroencefalograma
› Cardiologia	› Eletrocardiograma
› Dermatologia	› Endoscopia Digestiva
› Otorrinolaringologia	› Ultrassonografia
› Oftalmologia	› Junta Médica
› Mastologia	› Procedimentos Mamários (Punção e Agulhamentos)
› Neurologia	› Ecocardiograma
› Psiquiatria	---
› Urologia	---
› Reumatologia	---
› Pneumologia	---

Fonte: SMS, 2020.

A central de marcação de consultas e exames especializados funciona na secretaria de saúde do município, localizado na Rua Quintino Bocaiúva do Bairro Jardim Panorâmico em Cuité, com agendamento prévio via sistema SISREG (Sistema de Regulação) nos municípios de Campina Grande e João Pessoa, atualmente o município de Cuité implantou o sistema SISREG local fortalecendo a descentralização das marcações que já ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde em consonância com a central de marcação.

CENTRO DE TESTAGEM DA COVID E AÇÕES DIANTE DO CORONAVÍRUS

O Centro de Testagem da Covid-19 iniciou as atividades dentro do espaço físico do Hospital Municipal de Cuité e segundo os dados da vigilância em saúde do município, no 1º e 2º quadrimestre desse ano de 2020 foram realizados 41 e 2.929 testes rápidos para detecção do COVID-19, respectivamente, e três e dezessete testes do tipo SWAB. O espaço físico passou a ser na rua Francisco Theodoro da

Fonseca no último trimestre de 2020.

Enquanto os testes estavam sendo realizados no hospital municipal, ainda no 2º quadrimestre de 2020, registraram-se no setor COVID 656 atendimentos, 82 administrações de medicamentos, 99 exames radiográficos e 167 exames laboratoriais (SMS, 2020b). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2020), a pandemia pelo Coronavírus demandou reajustes na estrutura de atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e de suas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Desse modo, a assistência à população foi ofertada com algumas adequações de acordo com as principais necessidades do município e respeitando os protocolos e as determinações para o enfrentamento da COVID-19. Essas medidas, conseqüentemente, levaram à suspensão de algumas consultas eletivas não prioritárias, assim, as equipes construíram e iniciaram estratégias para atendimentos aos pacientes com quadros suspeitos e confirmados de Covid-19, permitindo o menor dano possível aos outros pacientes, principalmente aqueles em cuidados crônicos.

Em vista disto, destaca-se na Tabela 6 as recomendações implementadas para a organização interna das equipes da Atenção Primária em Saúde do município de Cuité-PB frente à pandemia do COVID-19.

Tabela 6. Medidas e recomendações implementadas frente à pandemia do COVID-19. para a organização interna nas equipes da Atenção Primária em Saúde do município de Cuité, Paraíba. 2020.

- › O ambiente da UBS foi mantido bem ventilado, com janelas e portas abertas, com ar condicionado ou ventilador desligado;
- › Houve a fixação de cartazes com orientações de medidas preventivas para o COVID-19;
- › Ocorreu o acolhimento/atendimento aos usuários com sintomas gripais, respiratórios e casos suspeitos para COVID-19 (independentemente da idade);
- › No acolhimento/atendimento priorizaram-se os usuários: idosos (acima de 60 anos), pessoas com condições crônicas e imunossuprimidos com sintomas gripais, respiratórios e casos suspeitos para COVID-19;
- › Priorizou-se o atendimento para os demais grupos de risco para doenças respiratórias: crianças menores de 5 anos e gestantes;
- › Efetuaram-se orientações aos usuários sobre medidas de prevenção de contágio;
- › Ocorreu a distribuição dos Equipamentos de Proteção Individual necessários para a população;
- › Efetuaram-se a fixação de lavatórios moveis em lugares estratégicos da cidade;
- › A equipe realizou orientações nas ruas para a população;
- › A equipe realizou reuniões de alinhamentos com diversos representantes do município;
- › Medidas para evitar aglomerações e circulação na sala de espera foram tomadas, com orientações para que o usuário aguarde atendimento em lugar externo, explicando o motivo caso necessário;

continuação

-
- › As salas/consultórios da UBSF devem priorizaram o atendimento à demanda espontânea de usuários com sintomas gripais, respiratórios, casos suspeitos e/ou para isolamento de usuários e/ou coleta de exames;
-
- › Avaliação da necessidade de atendimento para demandas programáticas foram suspensas na medida do possível;
-
- › Foram mantidos os atendimentos odontológicos de urgência;
-
- › Os Agentes Comunitários de Saúde reavaliaram as necessidades e o objetivo das visitas domiciliares, considerando o risco de propagação do vírus. Quando necessário, priorizaram as visitas domiciliares para idosos, gestantes, recém nascidos, crianças de risco, acamados e portadores de necessidades especiais, mantendo os cuidados essenciais para evitar a contaminação pelo COVID-19;
-
- › Ocorreu o monitoramento via telefone para usuários considerados casos suspeitos que estavam em isolamento domiciliar;
-
- › Houve o registro dos atendimentos no sistema de informação Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
-
- › Realizaram-se as notificações para Covid-19 de todas as pessoas com síndromes gripais;
-
- › Todos os protocolos de esterilização, desinfecção e limpeza dos ambientes, instrumentais e equipamentos utilizados pelas equipes de saúde foram seguidos.
-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para um município de pequeno porte, ou seja, com menos de 25 mil habitantes como o de Cuité, existe uma diversificação dos tipos de equipamentos, e isso se deve, também, à característica de possuir sedes e tornar seus serviços referências a outros municípios. Outro elemento particular para o município é sua grande extensão territorial, o que torna um desafio na execução e programação de ações. A população tem perfis e demandas mais similares na área mais urbanizada, todavia, as localidades rurais têm suas especificidades.

Percebe-se que as mudanças necessárias para arcar com a velocidade das demandas advindas com a pandemia é um desafio para a Federação, Estados e Municípios. Os locais que possuem uma rede de saúde com ênfase em serviços ligados à Atenção Primária de Saúde têm grande importância no compromisso com o distanciamento social, com a tomada de medidas preventivas e esclarecimento à população e à instituições sobre as medidas sanitárias, bem como, com a identificação, monitoramento e acompanhamento dos casos ligados ao Coronavírus. Despontando ainda com as unidades de saúde como o ambiente que executa e organiza toda as propostas ligadas à vacinação da população a partir da Política Nacional de Imunização (PNI), o que será um potencial mecanismo de distribuição e realização da vacinação contra a COVID-19.

Salienta-se que não se trata de ter, ou não, uma rede especializada diante da

situação anterior e, mais ainda, diante da pandemia, pois a Atenção Primária, bem como todos os outros níveis de assistência, desempenham um papel crucial nas cidades Brasileiras frente às questões e demandas de saúde. Nas unidades de saúde a identificação das demandas, mesmo que não alcance a alta complexidade, é capaz de evitar possíveis complicações maiores aos indivíduos quando bem assistidos (Rache, Rocha, Nunes, Spinola, Malik, & Massuda, 2020).

Diante do exposto, ressalta-se que o país – não obstante de outras realidades no mundo – não possuía uma rede especializada suficiente para atender todos os casos de Coronavírus, principalmente em situações mais graves. Essa característica se acirra a partir das diferenças locais da rede assistencial e das tomadas de decisões dos gestores governamentais diante da problemática instaurada. Desse modo, um relatório publicado no início de 2020 identificou diferenças que tornam algumas regiões do país, como o Nordeste, mais vulneráveis, visto que os leitos disponíveis de Unidade de Terapia Intensiva e o índice de mortalidade ficaram acima da média nacional (Rache, Rocha, Nunes, Spinola, Malik, & Massuda, 2020).

REFERÊNCIAS

Ávila, C. D. M. (2012). *Diagnóstico situacional: uma ferramenta possível no planejamento estratégico do centro de atendimento e estudo da família*. [Monografia de Especialização, Fundação Oswaldo Cruz].

Brasil. Ministério da Saúde (2020). *E-SUS. Relatório de cadastro domiciliar e territorial*. <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>.

Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (2020). *Site oficial do Centro de Educação e Saúde*. <http://www.ces.ufcg.edu.br/portal/>.

Ministério da Saúde. (2020) *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)*. Secretaria de Vigilância em Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011) *Densidade demográfica: Censo Demográfico 2010, Área territorial Brasileira*.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017) *Cidades. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. <https://cidades.ibge.gov.br/Brasil/pb/curitiba/historico>.

Organização Pan-americana da Saúde. (2020). *Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. <https://www.paho.org/pt/>

covid19#:~:text=Foram%20confirmados%20no%20mundo%2072.851,17%20de%20dezembro%20de%202020.

Prefeitura Municipal de Cuité. Secretaria Municipal de Saúde. (2017) *Plano Municipal de Saúde de Cuité, 2018/2021*. Arquivo da instituição. Documento físico.

Rache, B., Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M., & Massuda, A. (2020). *Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar*. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Sant'anna C. F., Cezar-Vaz M. R., Cardoso L. S. (2011) Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.*, 24(3):341-47.

Santos A. L., Rigotto R. M. (2011) Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde.*, 8(3):387-406.

Santos J. V, Fachin P. (2020) *Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck*. IHU On-Line [Internet] <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. (2020) *Mapa da Saúde da Paraíba*. (online) <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/mapsaudef.php>.

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. *Dados sobre a COVID. Dados epidemiológicos. Covid-19. Paraíba*. <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/>

Secretaria Municipal de Saúde de Cuité. (2020) *Relatório de Gestão*. Arquivo da instituição. Documento físico.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial Infantil. (SMS/ CAPS). (2020b). *Relatório Quadrimestral: MAIO a AGOSTO, 2020*. Arquivo da instituição. Documento físico.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial Infantil. (SMS/ CAPS). (2020a). *Relatório Quadrimestral: JANEIRO a ABRIL, 2020*. Arquivo da instituição. Documento físico.

Silva C. S. S. L., Koopmans F.F., Daher D.V. (2016) O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista PróUniverSUS.*, 7 (2): 30-33.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA EXPERIÊNCIA PRÁTICA

Allany Kaline Nascimento Gomes, Ana Letícia Alves de Carvalho, Ana Lívia de Souza Barbosa, Cláudia de Lima Rodrigues, Eliada Alves de Lyra, Gabriela Stéfany Alves de Lima Araújo, Idrys Henrique Leite Guedes, Osvaldo Irineu Lopes de Araújo Costa, Maristela de Melo Moraes, Sarah Laís Silva de Freitas, Sarah Raquel Izidro Umbelino de Sousa, Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga

Resumo

A Educação Interprofissional (EIP) defende a possibilidade de dois ou mais profissionais aprender com, entre e sobre diferentes campos do saber. Essa perspectiva oportuniza que a formação em saúde aconteça de forma conjunta, a fim de melhorar a qualidade da assistência aos sujeitos integrais e participantes da complexidade dos territórios onde estão inseridos. Para compreender a dinâmica da comunidade e planejar ações interprofissionais em saúde, o Diagnóstico Situacional (DS) tem se revelado como uma ferramenta potente. Diante disso, com base nas aproximações com o território, com a comunidade e com a equipe de saúde, o presente texto trata-se de um relato de experiência que visa a apresentar algumas considerações sobre a construção de Diagnósticos Situacionais em contextos de Educação Interprofissional, mais especificamente no âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande, tratando os desafios e as potencialidades na experiência prática realizada em parceria com três Unidades Básicas de Saúde localizadas na cidade de Campina Grande - Paraíba. No processo de construção interprofissional do DS, destacaram-se os seguintes desafios: pouco estímulo da interprofissionalidade na formação profissional dos cursos envolvidos; inexperiência dos discentes no tocante à realização do diagnóstico situacional; greve dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); modelo de atenção biomédico e individualizado; e fragmentação do trabalho. No que concerne às potencialidades, pode-se elencar: a aproximação com a Atenção Primária à Saúde, com a comunidade e com os diversos setores; contextualização e consolidação dos conhecimentos teóricos; ampliação da percepção da figura do futuro profissional de saúde; atuações integradas; e oferecimento de uma atenção voltada às demandas da comunidade. Nota-se que pensar e construir o DS de forma conjunta e cooperativa se revela como um processo desafiador, mas potente, que constrói saberes e fazeres de forma ampliada e reverbera na otimização do cuidado em saúde.

INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) é conceituada, segundo a Organização Mundial de Saúde, como “o aprendizado que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (Gilbert et al., 2010, p 7). Tal perspectiva gera oportunidades de formação conjunta para o

desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas que auxiliam na melhora da qualidade da atenção integral à saúde.

A vivência da interprofissionalidade desde os cursos de graduação considera mudanças, envolvendo currículos e estratégias metodológicas mais ativas e participativas, direcionadas às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento de competências que potencializam a eficácia e a qualidade do cuidado em saúde (Lima et al., 2011). Contudo, as práticas interprofissionais são pouco difundidas nas instituições formadoras das diferentes profissões da saúde, com uma correspondente literatura científica ainda pequena a esse respeito (Santos et al, 2018). Nesse sentido, apesar de sua justificada importância, o formato tradicional da formação profissional limita a possibilidade de estudantes dos mais variados cursos de desenvolverem relações e processos formativos mais próximos das comunidades e entre várias áreas, limitando a preparação para o trabalho em equipe e resultando em atuações fragmentadas, que terminam por inviabilizar o alcance de uma prática mais integral e direcionada ao contexto de desigualdade que as pessoas estão inseridas na comunidade e o Sistema de Saúde que a abrange.

Na prática, conforme destacado por Gondim e Monken (2017), essa desigualdade verificada em várias comunidades se caracteriza como um desafio para a efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. Desse modo, tem-se a superação da fragilização da atenção à saúde enquanto campo de particular relevância social e econômica, entendendo a saúde como um direito a ser garantido por meio de intersetorialidade, considerando a diversidade das populações adscritas aos vários territórios (Gadelha et al., 2011).

A atuação interprofissional nos moldes preconizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente por meio da Estratégia Saúde Família, vem mostrando a capacidade do Sistema de Saúde de intervir nos mais variados contextos de desigualdade social, com uma atenção centrada nas demandas locais, territoriais, e consequente aumento da capacidade de resposta da equipe de saúde aos desafios colocados nesses diferentes territórios.

Para identificação dessas demandas da comunidade, pode-se fazer uso de uma ferramenta que auxilia na compreensão mais abrangente sobre as necessidades sociais locais, contemplando áreas como saúde, educação e infraestrutura da comunidade: o diagnóstico situacional. Esse instrumento permite um melhor conhecimento do território de atuação de determinada equipe de APS, em um processo denominado de territorialização, em que se compreende como a comunidade se organiza e se relaciona, como usa os espaços em que habita, quais são suas produções e seus consumos, quais simbologias mantém, como produzem, reproduzem e perpetuam sua existência (Gondim & Monken, 2017).

Segundo Silva et al. (2016), esse instrumento é um produto da coleta, do tratamento e da análise de dados colhidos dentro de um contexto específico, cuja construção se dá a partir da participação efetiva tanto de trabalhadores e

trabalhadoras de saúde quanto das pessoas que usam os serviços. Realizado dessa forma, o diagnóstico situacional permite evidenciar um conjunto de problemas e demandas da comunidade, norteando o planejamento da equipe na elaboração de estratégias de intervenção contínuas e articuladas com os mais variados sujeitos e setores que possam ser envolvidos no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, além da prevenção, cura e reabilitação.

Sobre o diagnóstico situacional e sua utilização no processo de formação profissional, a partir da perspectiva discente relatada por Araújo et al. (2017), mostrou-se como um importante contato inicial com a APS, proporcionando contextualização e consolidando conhecimentos teóricos previamente abordados. Ainda, foi verificada a ampliação da percepção da figura do futuro trabalhador de saúde, estendendo-se à prática de um agente envolvido na comunidade em que se insere.

O território acessado por meio do diagnóstico situacional evidencia múltiplos aspectos das desigualdades sociais, entre eles, o fato de algumas periferias das grandes cidades serem locais marcados pela dificuldade de acesso aos serviços de infraestrutura urbana (transporte, saneamento básico, abastecimento de água, serviços de educação, saúde, moradia) e, também, por menores oportunidades de emprego formal, de profissionalização qualificada, maior exposição à violência urbana e intrafamiliar, à injustiça social e a violações de direitos fundamentais, além de preconceito racial (Couto, 2008), racismo e outras formas de violência marcadas por concepções excludentes relacionadas às diferenças raciais ou de gênero, entendendo por território o espaço concreto que é apropriado e ocupado por um grupo social, gerador de raízes e identidades.

Recorrendo ao Milton Santos (1996), Couto pontua, ainda, que a configuração do território apresenta uma dimensão material e social, cuja existência somente lhe é dada pelas relações sociais propriamente ditas.

A partir de toda a complexidade acima exposta, o presente texto tem como objetivo apresentar algumas considerações sobre a construção de diagnósticos situacionais em contextos de educação interprofissional proporcionada pelo PET-Saúde Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande, tratando de desafios e potencialidades na experiência prática realizada em parceria com três Unidades Básicas de Saúde localizadas em Campina Grande, Paraíba.

LOCAIS E POPULAÇÕES PARTICIPANTES

A construção dos Diagnósticos Situacionais se deu em parceria com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Inácio Mayer, Horacina de Almeida e Rosa Mística, englobando os territórios adscritos pelas referidas Unidades, situadas em Campina Grande, Paraíba.

A Unidade Básica de Saúde Inácio Mayer está localizada no bairro Jeremias, originado a partir de uma das primeiras favelas de Campina Grande e da concentração

de populações provenientes de áreas rurais próximas à cidade durante a expansão urbana nas décadas de 40 e 60, no século XX. Atualmente, 87% dos moradores apresentam renda inferior a um salário mínimo, sendo essa baixa renda ainda reflexo da taxa de alfabetização cujo déficit é de 18% da população (Souza, 2010; Santana, 2012).

Nessa UBS, há duas Equipes de Saúde da Família, sendo só uma delas acompanhada pelos participantes do PET-Interprofissionalidade, cuja composição conta com 1 Enfermeira, 1 Odontóloga, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 3 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Farmacêutica e 1 Recepcionista. Dentre as atividades desenvolvidas pela equipe, destaca-se: visita domiciliar, pré-natal, puericultura, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde do idoso, saúde do adulto, saúde do adolescente, citologia, saúde mental, curativos, consultas com dentista, consulta com médico, consulta com enfermeira, dispensação de medicamentos da farmácia básica, dispensação de contraceptivos e preservativos, teste rápido (sífilis, HIV e gravidez), glicemia de jejum, vacinas de rotina e de campanhas do Ministério da Saúde, reuniões semanais de equipe, atualização profissional promovida pelos gestores, grupo de HiperDia e saúde mental, além de atividades mensais seguindo o calendário da saúde, a exemplo do Outubro Rosa e do Novembro Azul. Tendo também eventuais atividades pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

A segunda das três UBS é a Unidade Básica de Saúde Horacina Almeida, localizada no Bairro Monte Castelo, inaugurada em 1984 como Posto Médico, recebendo em 2001 o Programa de Saúde da Família (PSF). O referido bairro, cuja população não é totalmente coberta pelo serviço da UBS, surgiu em meados da metade do século XX, sendo composto, na época, por imigrantes provenientes de cidades pequenas e sobretudo rurais do interior do Estado da Paraíba, com a intenção principal de procurar emprego em Campina Grande.

A Unidade Básica de Saúde Horacina Almeida possui duas equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo uma UBS porte 2. Ela possui uma equipe multiprofissional, composta por 21 funcionários, sendo: 2 Médicos, 2 Enfermeiras, 2 Técnicas em enfermagem, 2 Recepcionistas, 9 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Odontólogo, 1 ASB, 1 Porteiro e 1 Auxiliar de Serviços Gerais (ASG). Além disso, recebe estagiários dos cursos de Psicologia, Medicina e Serviço Social.

São realizadas na UBS as seguintes atividades: acesso avançado; puericultura; pré-natal de baixo risco; visita domiciliar; acompanhamento vacinal; citologia oncológica; grupo de saúde mental, visando aos usuários que precisam renovar receitas de psicotrópicos; e atividades pontuais relacionadas ao Programa Saúde na Escola.

A terceira é a Unidade Básica de Saúde Rosa Mística, situada na Zona Norte da cidade de Campina Grande. Apesar de no endereço da UBS constar que ela se encontra no Bairro Alto Branco, sabe-se que tal Unidade se localiza, culturalmente, na comunidade Rosa Mística, que está compreendida entre os seguintes bairros: Alto Branco, Conceição e Louzeiro. Os dados mais recentes apontam cerca de 3.108 pessoas cadastradas e 1.112 famílias assistidas pela equipe da referida UBS.

Sobre a composição profissional, trata-se de uma equipe da ESF composta por 14 profissionais, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. Tal equipe se distribui da seguinte forma: 1 Médica; 1 Enfermeira; 1 Técnica de enfermagem; 5 ACSs; 1 Odontóloga; 1 Auxiliar de saúde bucal; equipes de apoio compostas por 1 Recepcionista, 1 Vigilante, 1 Auxiliar de

Essa equipe oferece os seguintes serviços: acompanhamento da gestante e do bebê, atendimento médico e de enfermagem, consulta odontológica, curativos, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e contraceptivos, exame preventivo (câncer de colo de útero), imunização, nebulização, planejamento familiar, teste rápido (HIV, Sífilis e de Gravidez) e grupos de educação em saúde.

ETAPAS DESENVOLVIDAS

O diagnóstico situacional foi a primeira atividade de aproximação e interação com os territórios de abrangência, as comunidades e as equipes das UBS, visando a identificar os desafios, os problemas e as potencialidades passíveis de intervenção/potencialização pelo PET-Saúde Interprofissionalidade. Essa atividade foi realizada no período de maio a outubro de 2019, com a participação de docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia do CCBS/UFCG, integrantes do Programa, além dos trabalhadores das equipes de saúde e das comunidades dos respectivos territórios de atuação.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as equipes de saúde e algumas pessoas atendidas nos serviços, mapeamento dos territórios com identificação de equipamentos sociais, áreas de risco, além da definição do perfil social e epidemiológico da população adscrita. Após a coleta, os dados foram compilados e analisados pelos discentes, preceptores e tutores. Em seguida, foram apresentados e discutidos com os profissionais das equipes de saúde para definição coletiva dos principais problemas identificados e seleção das áreas de atuação pelo PET.

Segue um breve detalhamento das etapas realizadas em cada UBS, durante o processo de territorialização e construção do Diagnóstico Situacional.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INÁCIO MAYER

O primeiro contato dos estudantes integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade com a referida UBS se deu por meio de uma visita inicial a 2º microárea da UBS Inácio Mayer no bairro do Jeremias, com auxílio de agentes comunitários e da tutora (trabalhadora da equipe), o que voltou a acontecer no contato com as demais microrregiões adstritas à UBS. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2019. Inicialmente, a fase foi de territorialização, com o objetivo de compreender a organização da área, como também a percepção da

comunidade relativa ao meio, as visitas ocorreram através de caminhadas entre as microáreas comportadas pela equipe 01, nas quais se observava se o bairro dispunha de quesitos básicos de condições mínimas de sobrevivência, desde o saneamento básico, a água potável e encanada, a pavimentação, a coleta de lixo, como também as problemáticas que o território apresentava, por exemplo, o descarte inapropriado de resíduos.

Para iniciar a produção do Diagnóstico Situacional, foi necessário todo um processo de levantamento de informações. Foram utilizados registros em documentos e sistemas eletrônicos da Unidade Básica de Saúde, a exemplo do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), e foram realizadas entrevistas semiestruturadas com funcionários e pessoas atendidas no serviço, aliadas à observação de campo. Após isso, a análise dos dados foi desenvolvida com base em referenciais teóricos anteriormente estudados, por meio de realização de cursos do AVASUS e discussões presenciais com a equipe do PET. Todo o processo foi fundamental para delinear as demandas mais recorrentes da comunidade.

O Diagnóstico Situacional dessa Unidade Básica de Saúde apontou as questões de saúde mental como prioritárias para possíveis ações futuras no território da Unidade. Os maiores desafios na construção do Diagnóstico Situacional foram a resistência de alguns Agentes Comunitários de Saúde para auxiliar no levantamento dos dados e a greve destes por melhores condições de trabalho, que estava acontecendo na época em que o levantamento foi realizado.

Uma das potencialidades observadas nessa construção foi as histórias relatadas pela população, que gerou um interesse dos profissionais da UBS pela história do bairro, fazendo com que ficassem sabendo como ele se originou e da origem do nome. Também foi observada a disponibilidade de alguns ACSs, que, mesmo em época de greve, colaboraram com as atividades propostas para o levantamento, inclusive na condução das visitas domiciliares.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE HORACINA ALMEIDA

A inserção dos estudantes integrantes do PET na Unidade Básica de Saúde Horacina de Almeida se deu com o início do processo de territorialização, visando a uma aproximação do perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental do território. Além das informações necessárias aos referidos perfis, foi importante compreender a percepção dos usuários acerca da comunidade, dos serviços de saúde ofertados e dos determinantes sociais de saúde e adoecimento. Nesse contexto, o Diagnóstico Situacional permitiu estabelecer um plano de ação para uma possível intervenção no local que buscasse auxiliar na resolução dos problemas identificados, utilizando-se das potencialidades encontradas.

Algumas etapas foram de fundamental importância no desenvolvimento do DS, tais como: caracterização da Unidade Básica de Saúde; diálogos com os Agentes Comunitários de Saúde e demais integrantes da equipe; reconhecimento do

território para identificar suas possíveis fragilidades, potencialidades, tradições, cultura, valores e hábitos; entrevistas com usuários, funcionários, lideranças comunitárias e representantes de dispositivos sociais; consulta aos dados do E-SUS; e observações na UBS. Ressalta-se que a coleta de informações aconteceu durante os meses de agosto e setembro de 2019.

O reconhecimento inicial do território foi feito percorrendo as microáreas que o compõem. Os percursos foram realizados a pé, para que se pudesse observar, identificar e registrar, por intermédio de fotos e anotações, componentes importantes do local. Posteriormente, foram identificados informantes-chave que conheciam a história do bairro, os quais relataram como aconteceu a sua constituição, os seus primeiros moradores e líderes comunitários. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pessoas atendidas no serviço e profissionais da UBS, questionando sobre a percepção geral dos problemas e das potencialidades da comunidade e do serviço de saúde em questão.

Após o término das entrevistas, iniciou-se a análise de seus conteúdos e dos dados registrados no E-SUS, bem como a interpretação crítica de toda informação coletada, verificando o perfil de saúde dos atendidos, quais as comorbidades mais presentes, e como se dá o cuidado dessas pessoas. Observou-se o cotidiano da UBS, a composição e o funcionamento dos grupos, as atividades planejadas pela equipe e o fluxo de usuários para o atendimento.

Paralelamente à escrita do DS, começamos a construção do mapa inteligente, que é um instrumento utilizado para melhor planejamento de ações, já que é elaborado a partir de todas essas informações coletadas, sejam geográficas, ambientais, sociais, demográficas ou de saúde.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ROSA MÍSTICA

A aproximação dos integrantes do projeto do PET para com a comunidade e Unidade Básica de Saúde (UBS) Rosa Mística se deu a partir do processo de territorialização, por meio da realização do Diagnóstico Situacional (DS), pretendendo o reconhecimento das necessidades e dos problemas apontados no território, bem como das potencialidades ali existentes.

Dessa forma, o trabalho de levantamento de informações foi realizado entre maio a outubro de 2019, o qual se deu em conjunto com a comunidade, de forma coletiva/colaborativa e contínua, para identificação e autoanálise dos problemas, necessidades e recursos desta comunidade, que inferem na qualidade de vida. Foram usados os seguintes instrumentos para o levantamento: mapeamento do território (endereços, perfil socioeconômico e epidemiológico), entrevistas semiestruturadas com a equipe de saúde e os usuários, ida ao campo, observação do território e visitas domiciliares. Salientando que essa investigação das demandas do local teve por objetivo planejar e programar posteriores ações para o território, em que, mais a frente, foi realizada uma reunião com toda equipe da UBS para

apresentar os dados encontrados na finalização do DS.

O processo de mapeamento do território foi um ponto crucial para a coleta de dados, mostrando-se como uma ferramenta útil e potente para sistematização, interpretação e avaliação das informações levantadas, permitindo a apropriação do território analisado, bem como o estabelecimento de vínculos entre esse território, a comunidade e o serviço de saúde/UBS. Para tanto, buscou-se investir em um mapeamento colaborativo, propiciando a participação e o maior envolvimento da equipe da UBS e das pessoas atendidas no serviço. De acordo com Goldstein, et al (2013) “o mapeamento não inclui apenas um conjunto de ferramentas de visualização de dados, mas um processo participativo que envolve os desenvolvedores/usuários dos mapas, desde a coleta e sistematização de informação até a confecção destes mapas” (p. 46-47).

Assim, para esse processo de mapeamento foram feitas excursões a pé e com ajuda de automóvel durante alguns dias para observar, conhecer, fotografar e anotar fatos importantes sobre a comunidade da Rosa Mística. Além das excursões, foram feitas visitas domiciliares, a fim de entender como se organizam as relações interpessoais, além de escutar as principais demandas da comunidade pelos próprios moradores.

Em seguida, foram colhidos dados e informações no histórico da UBS a despeito das delimitações físicas da comunidade Rosa Mística, do mapa físico da UBS, do número de pessoas acometidas por alguma comorbidade, do número de idosos, crianças, gestantes e fumantes por cada microárea e do número das casas. Posteriormente, foram realizadas cerca de 30 entrevistas com usuários atendidos na UBS, onde foram feitas perguntas sobre a qualidade do atendimento na Unidade e se suas demandas eram atendidas. Além disso, foram feitas perguntas relacionadas às limitações, às necessidades e aos desafios presentes na comunidade a despeito da educação, espaço de lazer, violências, entre outros.

O passo seguinte foi identificar e selecionar todas as informações e os dados colhidos, relacionando-os a artigos e dissertações já realizadas sobre a comunidade Rosa Mística e, assim, compilar tudo no diagnóstico situacional. Por fim, depois de inferir algo sobre as demandas e potencialidades da comunidade, apresentadas no diagnóstico, foi realizada uma reunião com a Equipe de Saúde de UBS, a fim de apresentar as demandas, discutir e propor ações para o desenvolvimento do espaço proposto.

Diante da crescente necessidade de uma abordagem ampliada para pensar processos formativos e interprofissionalidades, bem como a organização dos serviços e sistemas de atenção em saúde que requerem um trabalho interprofissional, muitos desafios se colocam na consolidação desses saberes e fazeres no cotidiano das Universidades e nos serviços de saúde.

A fragmentação do trabalho e o modelo de atenção biomédico dominante e individualizado são desafios constantes a serem superados, o que exige uma qualificação para todo o conjunto de trabalhadores da saúde que busca por um

trabalho coletivo, que incorpore uma democratização do cuidado, com melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade, além de uma melhor satisfação profissional por parte dos trabalhadores.

Na formação profissional nas áreas da saúde de anos anteriores, a prática de um trabalho interprofissional não foi instituída e incentivada, portanto, a efetividade dessa prática requer mudanças nos processos de trabalho, onde a interação e a comunicação frequente, informal e efetiva entre os profissionais das diferentes áreas possam ser fortalecidas e ampliadas (Peduzzi et al., 2020).

Por fim, vale ressaltar a necessidade de incorporação do trabalho interprofissional nos componentes curriculares das instituições formadoras, de modo a contribuir na formação de futuros trabalhadores que podem já sair das universidades um pouco mais preparados para a prática integrada.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

O Diagnóstico Situacional deve ser feito, sobretudo, com o apoio de toda a equipe da Unidade Básica de Saúde, uma vez que sua construção necessita da contribuição da maior quantidade de agentes envolvidos, sejam trabalhadores da saúde, sejam pessoas atendidas nos serviços, a fim de que o documento resultante do diagnóstico esteja o mais próximo possível da realidade local. No entanto, podem ser destacados, aqui, pelo menos dois grandes desafios para o desenvolvimento das ações dos discentes do PET Saúde, um deles foi a inexperiência dos estudantes, que tiveram que aprender no dia a dia do serviço de saúde como fazer um Diagnóstico Situacional, aliado à teoria estudada previamente, e o outro desafio foi a greve dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) por melhores condições de trabalho, que limitou substancialmente a participação destes no desenvolvimento do processo de diagnóstico.

Os ACSs em greve trabalhavam apenas na sexta e na segunda-feira pela manhã, horários difíceis de conciliar com os horários disponíveis pelos estudantes, já que tinham aulas dos seus respectivos cursos. Porém, mediante grande esforço, o trabalho foi sendo feito por meio de intensa troca com os usuários, entrevistas com todos os atores envolvidos no serviço de saúde, e por empenho para garantir pertencimento ao local. Foi necessária bastante atenção para identificar problemas e potencialidades locais, além de reflexões acerca das informações coletadas nas entrevistas e na intersecção entre o que era visto e ouvido.

Dentre evidentes descasos do serviço público, como manejo ineficiente dos resíduos sólidos e poucas opções de lazer para a juventude, há um detalhe interessante a ser observado. Para considerável amostra de pessoas entrevistadas, as quais vivem há dezenas de anos no mesmo local, cenas óbvias de negligência do poder público estão tão naturalizadas que sequer são identificadas como problemas pelos moradores. E, nisso, há uma grave alienação envolvida, já que a população não possui um parâmetro de comparação que a possibilite reivindicar

melhorias, o que ocorre devido a uma série de limitações impostas a eles, principalmente educacionais. Tais limitações colidem com o direito à cidadania, entendida aqui como um conjunto de direitos civis, políticos e sociais (Manzini-Covre, 1994). Os direitos civis representam o direito de dispor do nosso próprio corpo, obtendo bons meios de locomoção e segurança. No entanto, podemos citar dois breves achados do diagnóstico situacional que corrompem esse direito, como o transporte público ineficiente, sendo uma opção viável o transporte clandestino, usado frequentemente pelos moradores dos territórios estudados, e o problema da violência urbana. Já os direitos sociais fazem referência ao atendimento das necessidades humanas básicas, como alimentação, moradia, educação e saúde, cujos problemas são evidentes em todo território nacional. E quanto aos direitos políticos, tratam-se da livre deliberação dos humanos sobre a própria vida, da participação nos órgãos de representação da sociedade e da deliberação dos outros dois direitos. Ou seja, são esses três direitos que em sua plena efetivação promovem cidadania. E o que o diagnóstico situacional nos permitiu identificar, de modo geral, é uma situação de subcidadania.

Nessa direção, Couto (2008) reforça a discussão sobre como a dinâmica urbana das cidades brasileiras privilegia a disponibilidade dos melhores aparelhos sociais produtores de bem-estar para aqueles que vivem nos melhores bairros, com patrimônios de alto valor comercial, desconsiderando que grande parte da população está formada por trabalhadoras e trabalhadores que não têm reconhecidas suas necessidades de consumo habitacional (moradias e serviços coletivos), por exemplo, gerando um processo de urbanização excludente e desigual.

Por fim, dentre outras conclusões alcançadas pelo Diagnóstico Situacional realizado, as quais eventualmente ultrapassam as barreiras curriculares da saúde em sua perspectiva prática, se deu devido a um trabalho interprofissional no âmbito do PET-Saúde Interprofissionalidade, somado à formação interprofissional pela qual os discentes estavam passando. Tal situação fomenta uma reflexão sobre as limitações impostas nos currículos acadêmicos dos cursos da saúde, os quais, na prática, não permitem uma visão ampla dos processos de saúde e adoecimento, embora esses possam ser estudados em sua teoria. Ocorre que ações de saúde genéricas, que não possuem um recorte territorial e de classe, por exemplo, terão consequências diferentes a depender do local onde são efetivadas, e tais ações genéricas derivam da formação acadêmica limitante supramencionada. É desejável, portanto, que as ações de saúde sejam realizadas mediante as especificidades de cada localidade, e essas especificidades ultrapassam o conhecimento adquirido por meio dos currículos limitados dos cursos de Medicina, de Psicologia e de Enfermagem, individualmente, a título de exemplo. Sendo necessários os conhecimentos dessas áreas conjuntamente, mas também dos conhecimentos advindos das ciências humanas e sociais, bem como do próprio saber popular e suas visões de mundo.

O Diagnóstico Situacional reforça o que Paulo Freire chama de consciência

crítica, pois anseia a profundidade na análise, seja dos problemas ou na identificação de potencialidades, pois é necessariamente feita com a intencionalidade de ser livre de preconceitos, inquieta, indagadora e chocante (Freire, 1979). A quietude, que se opõe à consciência crítica, reproduz a visão hegemônica de mundo, a qual pode simplificar situações complexas que requerem uma reflexão crítica sobre a prática. Para Paulo Freire, essa reflexão é fundamental para formação docente (Freire, 2002), mas suas justificativas se ampliam a outros contextos formativos, pois, segundo o autor, é pensando criticamente a prática que se pode melhorar as próximas práticas. Nisto está uma pista para o fomento da mudança e da construção de possibilidade de transformação de realidades. Tal possibilidade se manifesta no contexto da realização do diagnóstico situacional de duas formas, uma que contempla o diagnóstico em si, em virtude de suas conclusões e da análise crítica da realidade estudada, e a outra contempla os processos formativos em saúde pelos quais os autores do diagnóstico estão submetidos, já que a autonomia crítica gerada permitiu indagar as estruturas curriculares dos projetos pedagógicos dos cursos do Centro de Ciência Biológicas e da Saúde da UFCG.

Uma atividade fundamental para o Diagnóstico Situacional, e que é frequentemente negligenciada por cursos da área da saúde, é a territorialização. Talvez a falta de experiência dos alunos em fazer o diagnóstico situacional, uma das causas da dificuldade inicial, como mencionado anteriormente, pudesse ter sido reduzida, caso a formação acadêmica prévia tivesse propiciado a experiência prática da territorialização, algo que é plenamente possível e já ocorre em várias universidades, especialmente naquelas voltadas para formação de trabalhadores para atuar nas políticas públicas em saúde. Portanto, no contexto das políticas de saúde, é indispensável pensar na reorganização de processos de trabalho e na reconfiguração de modelos de atenção ultrapassados, permitindo a compreensão da dinâmica de determinada população, bem como sua relação com o espaço, os mecanismos geradores de saúde, doença e qualidade de vida, além das condições de trabalho, moradia, lazer e alimentação (Gondim & Monken, 2008), o que certamente só será possível por meio da formação interprofissional e articulada, desde cedo, aos territórios nos quais vivem e adoecem as pessoas com as quais esses futuros trabalhadores irão se encontrar na sua atuação cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar e construir um Diagnóstico Situacional em territórios da atenção básica em saúde, envolvendo equipes dos serviços em contextos de educação interprofissional, apresenta enormes desafios, mas também se configura como uma potencialidade na construção de saberes e fazeres em saúde atentos à complexidade dos processos saúde-adoecimento das comunidades, com vistas à promoção de saúde de forma ampliada.

Encontrar e compreender a riqueza do que está fora dos muros dos serviços de

saúde faz com que trabalhadores e estudantes em formação percebam as várias conexões das redes existenciais presentes nos territórios, às vezes invisíveis, se o olhar de quem atende se lança apenas sobre quem vai para o serviço, desconsiderando todo seu contexto de vida (Merhy et al., 2014). Das várias ferramentas para a compreensão desses territórios, o diagnóstico situacional é uma das mais importantes e largamente utilizadas, e quando feitas em contextos formativos interprofissionais, são ainda mais potentes.

Citando Cerqueira et al. (2014), Merhy recorda que, por outro lado, essas idas aos territórios pré concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” tantas vezes também pré-definidos, que lançam mão apenas do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências, também precisam ser superadas. Nesse sentido, cada vez mais cedo os estudantes devem ser sensibilizados e capacitados para utilizar recursos como o diagnóstico situacional.

Na experiência aqui relatada, a maior parte dos obstáculos colocados à construção do Diagnóstico Situacional em contextos de formação interprofissional reside na pouca familiaridade de estudantes com a citada ferramenta, apontando fortemente a necessidade das instituições de ensino superior, que forma futuros trabalhadores da saúde, de inserir essa atividade nos cursos de graduação.

REFERÊNCIAS

- Araújo, G. B., Filho, F. W. P. A., Santos, R. da S., & Lira, R. C. M. (2017). Territorialização e saúde como instrumento de formação para estudantes de Medicina: relato de experiência. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 16(1), 124-129.
- Barreto, I. C. de H. C., Loiola, F. A., Andrade, L. O. M. de, Moreira, A. E. M. M., Cavalcanti, C. G. C. de S., Arruda, C. A. M., & Silva, A. L. F. da. (2011). Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). *Interface*, 15(36), 199-212.
- Cerqueira, P., Merhy, E., Silva, E., Lúcia, A. A., Vianna, L., Rocha, M., Santos, N., Chagas, M., Talleberg, C., Santos, M. T., & Carla, A. (2014). *Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção*. In *Pesquisadores In-Mundo Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Rede UNIDA.
- Couto, A. C. de O. (2008). A cidade dividida: da inclusão precária à territorialização perversa. <https://www.webartigos.com/artigos/a-cidade-dividida-da-inclusao-precaria-a-territorializacao-perversa/4155>

- Freire, P. (1979). *Educação e Mudança* (12th ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (25th ed.). Paz e Terra.
- Gilbert, J. H. V., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39(SUPPL. 1), 196–197.
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2008). *Territorialização em Saúde. In Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2nd ed., pp. 392–398). EPSJV.
- Gondim, G. M. de M., & Monken, M. (2017). *Território e territorialização. In Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade* (pp. 21–44). EPSJV.
- Gracie, R., Viacava, F., Magalhães, M. de A. F. M., Barcellos, C., & Goldstein, R. A. (2013). A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF The experiment of participatory mapping in order to construct a cartographical alternative to the FHS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 45–56.
- Manzini-Covre, M. de L. (1994). *O que é Cidadania?* (3rd ed.). Brasiliense.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. de F. L., Cruz, K. T. da, & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. Saúde Debate*, 52, 153–164.
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da, & Souza, H. S. de. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(suppl 1), e0024678.
- Santana, W. de A. (2012). *O bairro do Jeremias - Campina Grande/PB: uma abordagem do seu comércio em contexto de violência urbana*. [Monografia de graduação, Universidade Estadual da Paraíba].
- Santos, L. C. Dos, Simonetti, J. P., & Cyrino, A. P. (2018). Interprofessional education in the undergraduate medicine and nursing courses in primary health care practice: The students' perspective. *Interface*, 22, 1601–1611.
- Silva, C. S. S. L. da, Koopmans, F. F., & Daher, D. V. (2016). O Diagnóstico

Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, 7(2), 30–33.

Souza, S. V. (2010). *A produção do espaço intra-urbano e a periferização da cidade: uma análise das favelas na cidade de Campina Grande*. Departamento de Geociência da UFPB.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A FORMAÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA NO CAMPO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE TERRITORIALIZAÇÃO

Andresa Casado de Lima, Allana Petrucia Medeiros de Miranda, Waleska de Brito Nunes, Angélica Lira Araújo, Monnalina dos Santos Costa

Resumo

A formação em saúde tem buscado cada vez mais aproximar os discentes a uma prática assistencial da saúde pautada na efetivação da integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, tem desenvolvido projetos e programas com esse objetivo, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). Este, por sua vez, é capaz de inserir o aluno em atividades diversas, da assistência até a gestão em saúde, por meio de planejamento e implementação, com a participação de docentes tutores, preceptores atuantes nos serviços e estudantes diretamente na comunidade. O presente texto tem como objetivo relatar a experiência de atividades iniciais de um Grupo Tutorial (GT) PET-Saúde Interprofissionalidade, no qual se lançou mão da territorialização com reconhecimento da rede de serviços de saúde, enquanto norteadores para ações nos serviços e comunidade. Trata-se de um relato de experiência das atividades iniciais de um GT do PET-Saúde Interprofissionalidade, vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior, no interior da Paraíba. Os resultados fizeram perceber a importância da territorialização para o planejamento de ações nos serviços e como um instrumento que, ao ser implementado pelos estudantes, colabora para a formação de sujeitos críticos, reflexivos potencialmente aptos a atuarem de acordo com as prerrogativas do SUS. As experiências no território permitiram ampliar a compreensão de saúde e interprofissionalidade, bem como o reconhecimento dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, por meio do conhecimento e da análise das necessidades da população que ali vive, o que possibilita organizar o serviço baseado em prioridades.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, em 1988, a saúde é dada como um direito fundamental que deve ser ofertado e viabilizado pelo governo nas suas diferentes instâncias. Apesar desse direito constituído, a operacionalização dos serviços vem sendo visualizada como complexa, no sentido de se alcançar o que é estabelecido em lei, e, nesse certame, a organização dos serviços em rede e a capacitação profissional para atuar no SUS são pontos de discussão e reflexões permanentes entre estudiosos na área.

Ao se falar na formação em saúde, ela vem sendo apontada como um ponto crucial na consolidação do SUS, de modo que inúmeros programas incentivando mudanças na dinâmica de formação em saúde se desenvolveram nas últimas

décadas, revelando-se uma iniciativa por parte do governo em busca de uma articulação das grandes áreas Saúde-Educação, na tentativa de melhorar as condições assistenciais no SUS (Leal et al. 2015; Batista et al. 2015).

Diante disso, discute-se, cada vez mais, a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema, uma vez que a formação não pode visar a apenas a eficiência no diagnóstico, no cuidado, no tratamento, no prognóstico, na etiologia e na profilaxia das doenças e dos agravos. Contudo, deve-se também desenvolver nos profissionais condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações (Ceccim, Feurwerker, 2004).

Com a perspectiva de aperfeiçoamento na formação em saúde, a Resolução 569 de 08 de dezembro de 2017 destaca, entre outros pressupostos comuns aos cursos da saúde, que, durante a formação, exista a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, de forma a se promover uma inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS e de outros equipamentos sociais desde o início da formação. Isso será responsável por integrar a educação e o trabalho em saúde, mediante a ampliação da rede de atenção em uma rede de ensino-aprendizagem, com a diversificação de cenários de práticas, o que possibilita aos discentes vivenciar as políticas de saúde, os fluxos de atenção em rede e de organização do trabalho em equipe interprofissional (Brasil, 2017).

A partir dos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram instituídas no sentido de formular orientações para as Instituições de ensino superior no tangente à adequação de uma formação que culmine em egressos aptos a atuarem nos serviços de saúde e com competências necessárias para atender as demandas reais das diferentes populações, no entanto, é um desafio, para as instituições, alcançar os pressupostos apontados nas DCNs da área da saúde (Batista et al. 2015). Tal acontecimento se deve, principalmente, ao fato de, nos serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, apesar das iniciativas de articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), ainda ser forte a separação entre o ensino e o trabalho (Vendrusculo et al. 2016).

Contudo, iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do Ministério da Saúde (PET-Saúde) vêm demonstrando destacável contribuição para mudanças na formação em saúde (Leal et al. 2015). Para tanto, torna-se fundamental que as instituições de ensino estimulem a participação de discentes nessa proposta de ensino em serviço, buscando, por meio de docentes tutores capacitados e comprometidos com a formação reflexiva e crítica, utilizar de ferramentas que viabilizem tais objetivos do PET.

Por meio das Portarias Nº 421 e 422 de 03 de março de 2010 do Ministério da Saúde, o PET- Saúde constitui iniciativa para qualificação profissional, em conjunto com a formação de estudantes de graduação da área da saúde em ações de práticas de iniciação ao trabalho, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho, fortalecendo as ações de integração ensino-serviço-comunidade, por

meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social (Ministério da Saúde, 2020). Em 2018, mediante edital nº 10, 23 de julho 2018, o MS realizou seleção para o PET-Saúde Interprofissionalidade - 2018/2019. Foram contemplados projetos que se propuseram a buscar “mudanças curriculares alinhadas às DCNs para todos os cursos de graduação na área da saúde, considerando-se estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade” (Brasil, 2018. p.78).

Nesse contexto, o PET-Saúde interprofissionalidade busca proporcionar ao aluno experiências de enriquecimento como graduando e futuro profissional. As atividades realizadas vão desde a inserção do aluno no ambiente de trabalho, incluindo a participação nas atividades de gestão em saúde, assistenciais, de planejamento, até a implementação de ações nos serviços e na comunidade. Frente a isso, no intuito de proporcionar uma vivência prática para os estudantes selecionados para o PET-Saúde Interprofissionalidade, assim como os aproximar das realidades presentes nas comunidades atendidas, foi pensado por uma equipe de trabalho do PET como se alcançar essa meta aliando, ainda, uma contribuição, no que tange às melhorias na assistência desses estudantes para com a comunidade.

Diante da situação de início de atividades no mês de abril de 2029, pensou-se em um instrumento estratégico para se buscar informações sobre a população em que se pretendia atuar e chegou-se à conclusão de que a territorialização em saúde seria uma boa opção, uma vez que ela é percebida como fundamental para apresentar o diagnóstico situacional necessário para o traçar de metas e planos de ações em saúde.

A territorialização, de acordo com Bugarelli et al (2015), configura-se como o levantamento das informações acerca das características que compõe o território. Dessa maneira, conhecendo-o, entendem-se quais as necessidades da população existente naquele território, podendo, assim, organizar os serviços de saúde com base em prioridades, tendo em vista que cada ambiente possui suas particularidades. Desse modo, conhecê-lo é necessário para construção de um trabalho em saúde eficaz (Bugarelliet et al, 2015).

Nessa perspectiva, este estudo objetiva relatar a experiência de atividades iniciais de um Grupo Tutorial (GT) PET-Saúde Interprofissionalidade, no qual foram realizadas discussões e ações de territorialização e reconhecimento da rede de serviços de saúde como norteadores para ações seguintes do GT.

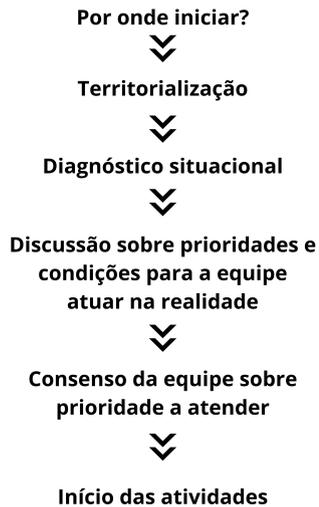
MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência das atividades iniciais de um GT do PET-Saúde Interprofissionalidade vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior, no interior da Paraíba. O GT era composto por três tutores docentes; dois preceptores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde; e um vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, contou-se com oito discentes

matriculados entre os cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Ciências Biológicas.

Descrição da experiência

As atividades do GT iniciaram efetivamente em abril de 2019, sendo feita, a princípio, uma abordagem teórica pelos tutores acerca de conceitos como os de territorialização e Redes de Atenção à Saúde (RAS), no intuito de orientar o GT a traçar o diagnóstico situacional dos serviços de atenção à saúde no município e então partirem para propostas de enfrentamento das problemáticas. Seguiu-se a lógica do esquema seguinte:



O tema territorialização foi posto para estudo, tendo em vista os diferentes cursos e as diferentes formações dos componentes do GT, que, em alguns casos, não tiveram tal conteúdo trabalhado durante sua formação ou seus períodos de graduação. Isso se deu juntamente com a compreensão sobre a necessidade de entender o que é o território em saúde, uma vez que é um passo fundamental para a caracterização da população e de suas questões de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (Gondim et al. 2008).

No intuito de melhorar o conhecimento dos componentes do GT acerca do que é a territorialização, foi indicado um módulo autoinstrucional gratuito, com carga horária de 30 horas (Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Territorialização), disponível na plataforma do Ambiente virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) e criado mediante a colaboração entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a Secretaria de Educação a Distância UFRN (SEDIS), o

Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) e o Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). Diante da conclusão do módulo, foram realizados encontros para discussão e alinhamento teórico - metodológico entre tutores, preceptores e estudantes para então se dar início às atividades diretamente em campo.

Com a colaboração de tutores, os estudantes juntamente com os preceptores iniciaram as atividades de territorialização e mapeamento da rede de serviços de saúde que operam na assistência às diferentes linhas de cuidado da população do município, e tais atividades ocorreram entre abril e maio de 2019.

Foram constituídos dois subgrupos no GT, respeitando a orientação de serem, cada um, composto por componentes de diferentes cursos, facilitando a interprofissionalidade nas observações em campo. Um grupo ficou responsável pela territorialização por cadastramento nas Unidades de Saúde da Família (USF), e o segundo, pelo mapeamento da rede de serviços que atendessem às demandas de saúde do município. O primeiro subgrupo visitou duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, e um CAPS infantil. Na ocasião, conversavam com preceptores e coletavam dados sobre o território, além de reconhecer os mapas territoriais geográficos das referidas UBS (Figura 1).



Figura 1. Delimitação geográfica das áreas atendidas pelas UBSF do município de Cuité-PB

Algumas visitas foram realizadas com a presença de tutores que aproveitavam a ocasião para dialogar sobre conceitos em saúde, relacionar a dinâmica dos serviços com o que os estudantes aprendiam na universidade em suas disciplinas teóricas. No entanto, a maioria das visitas aos serviços se deu por parte dos preceptores, que eram trabalhadores dos serviços, com os estudantes petianos.

Dentre os dados relacionados às características da população, podem ser citados: número de famílias cadastradas; usuários totais e por sexo; pessoas vivendo

com diabetes mellitus e/ou hipertensão; crianças, gestantes; usuários com transtornos mentais; entre outras condições de saúde/doença. Já os dados relacionados ao território nos aspectos sociocultural e ambiental, foram observados: existência de serviços complementares, como escolas, creches, praças de lazer e atividades físicas; associações de moradores; igrejas; entre outros que pudessem dar suporte às ações voltadas à saúde. Ainda foi observado o reconhecimento de áreas por riscos diversos, a exemplo de prostituição, uso de drogas ilícitas, violência e falta de saneamento básico. Os dados dessa atividade eram anotados e posteriormente colocados em quadro demonstrativo.

Os estudantes do segundo subgrupo, juntamente com preceptores vinculados à gestão municipal de saúde, visitaram a Secretaria de Saúde do município e investigaram sobre a disponibilidade de serviços e fluxos a serem seguidos pelos serviços complementares da RAS, mediante necessidades específicas de distintas linhas de cuidado. Os estudantes eram estimulados a percorrer pelo território, visualizando, de fato, as condições da população assistida, assim como a dialogar com profissionais além dos preceptores do PET, a exemplo de agentes comunitários de saúde.

A partir das informações coletadas, seguiu-se com a construção de um organograma da Rede de Serviços de Saúde, utilizando o software Lucidchart®, que é uma ferramenta que possibilita a criação de diagramas, fluxogramas, organogramas, entre outras ilustrações de organizações que se interligam. O organograma serviu para subsidiar a compreensão sobre possíveis decisões de percursos pelos serviços na RAS que são necessários diante de cada linha de cuidado.

Após finalização do organograma, e consolidados os dados da territorialização em quadros demonstrativos, em ocasião de compartilhamento de atividades do PET- Saúde Interprofissionalidade com todos os GTs envolvidos, foi feita a apresentação e discussão do resultado dos gráficos (organograma e quadros demonstrativos) com tutores, preceptores e discentes do grande projeto. Assim, os representantes de cada categoria puderam fazer suas considerações acerca dos dados, sendo destacável a relevante participação de preceptores que deram suas contribuições sobre ratificação e/ou retificação de informações.

Posteriormente, os resultados da discussão dessas atividades orientaram as ações a serem desenvolvidas pelo GT na vigência do PET-Saúde Interprofissionalidade, que, a partir de então, escolheu uma linha de cuidado para atuar de início e pensou em estratégias para realizar práticas colaborativas dentro dos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

A organização que se seguiu na experiência aqui relatada partiu da percepção do grupo PET sobre a necessidade em se planejar as atividades focando nas problemáticas verificadas na realidade em que se iria atuar. Na percepção dos

integrantes, não teria como visualizar os efeitos das atividades e os resultados caso não se partisse de um ponto bem delimitado e com propostas pré-estabelecidas, as quais pudessem ser avaliadas enquanto modificadoras da realidade inicial. Assim, entendeu-se ser fundamental o delineamento de percursos que oportunizassem concomitantemente: uma formação interprofissional crítica e reflexiva; uma contribuição para os serviços de saúde enquanto local de aprendizagem; uma prática colaborativa entre os sujeitos envolvidos (discentes, preceptores, tutores e usuários) dentro das possibilidades interinstitucionais.

Acredita-se ter sido uma proposta coerente com as metas de ensino para as profissões da saúde já que, esta deve objetivar o alcance de uma transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, se estruturando a partir da problematização do processo de trabalho em saúde, a fim de atentar para as diferentes necessidades de cuidado para os sujeitos, coletivos e populações em seus diferentes contextos socioeconômicos e culturais (Ceccin; Feuerwerker, 2004).

Orientando-se pelo PET-Saúde, também se percebe alinhamento, pois, conforme Batista et al (2015), esse programa potencializa a formação para atuar no SUS pela integração ensino-serviço e pela abordagem integral do processo saúde-doença, constituindo instrumento central para responder às necessidades concretas da população brasileira, proporcionando a formação de profissionais comprometidos na produção do conhecimento e nas práticas de atenção à saúde para o fortalecimento do SUS.

Além da integração, o PET-Saúde Interprofissionalidade possibilita que o estudante tenha contato com os serviços de saúde precocemente, fazendo com que, dessa maneira, os discentes desenvolvam habilidades ainda na graduação, como a facilitação na interação com a comunidade, planejamentos junto com a equipe do serviço de saúde, além de exercícios de gestão, como a territorialização. A inserção in loco no sistema de saúde permite vislumbrar, de forma mais realista, o seu funcionamento, promovendo reflexões e a revisão de mitos e estereótipos por vezes associados aos profissionais, aos usuários, à qualidade da assistência e à própria organização do sistema (Grzybowski, Levandowski, Costa, 2017).

É importante refletir que ao passo em que se insere o estudante em uma vivência prática nos serviços de saúde, dá-se a oportunidade de que ele veja a realidade a qual será potencialmente a rotina de sua vida profissional após a graduação. Isso, agregado ao conhecimento teórico científico recebido dentro da universidade, favorece grandemente tanto em sua formação para um exercício crítico e reflexivo quanto na assistência que virá a ser prestada nos serviços de saúde a posterioridade. Assim, ao mesmo tempo em que adquirem os primeiros conceitos de sua formação universitária, já estão sendo inseridos na realidade de saúde local, observando-a, problematizando-a e intervindo para a sua transformação. A lógica, por sua vez, torna-se o “aprender-fazendo”, enriquecendo e modificando a aprendizagem com base num processo ativo e problematizador no mundo real (Carvalho, Duarte, Guerrero, 2015).

Quando o GT decidiu usar da territorialização como ponto de partida para iniciar o planejamento das ações, não foi apenas no entendimento de que se trata de uma estratégia auxiliar ao planejamento, mas também de uma ferramenta para concretizar a aprendizagem em serviço pelas suas especificidades que fazem emergir habilidades técnicas, de conhecimento, de comunicação e de tomada de decisão.

Ao adentrarem no território, os estudantes puderam, a partir da familiarização com as Unidades Básicas de Saúde, entender a composição das equipes atuantes nos serviços; assimilar minimamente como se dá o processo de trabalho para atender às demandas das comunidades; e, mais ainda, perceber o território enquanto espaço compartilhado, de necessidades e potencialidades para a melhoria da saúde e das condições de vida das pessoas assistidas. Diante da experiência vivenciada, a estratégia de territorialização se apresentou dentro da realidade prática, para os estudantes, como uma importante ferramenta de desenvolvimento do processo de trabalho, como também das ações de saúde, tendo em vista que estes são promovidos com base no território adscrito. Essa atividade possibilita a compreensão dos estudantes sobre as potencialidades e fragilidades de um território (Santos; Rigotto, 2010).

Uma vez que as vivências são cruciais para a formação humanística dos estudantes de profissões da saúde, foi proporcionado aos membros da equipe PET um contato mais profundo com a população, conscientizando-os sobre os principais problemas da comunidade e, ainda, fazendo-os perceber seu papel transformador na realidade local (Araújo et al, 2017). Outro aspecto que merece ser pontuado é de o território como sendo cenário que elucida as experiências vividas por uma comunidade em um espaço determinado, aponta singularidades que revelam a forma como a população vive e faz com que os estudantes passem a compreender a individualidade das pessoas que ali residem, identificando suas necessidades pessoais e coletivas (Bezerra et. al, 2020).

Identificadas as potencialidades e necessidades em saúde de uma dada comunidade no território, pode-se passar ao seguinte passo de planejamento das ações. Nessa experiência, o passo seguinte se deu no enfoque do planejamento como prática social transformadora de sujeitos e coletivos, o qual, de acordo com Jesus et al (2011), baseia-se em uma ideia de uma práxis revolucionária, alicerçada nas teorias marxistas sustentada ainda na ideia de que alguns grupos de interesse “seriam sujeitos históricos transformadores pela sua ação crítico-revolucionária, sendo, portanto capazes de romper com as linhas de determinações e gerar novos processos sociais”.

Estando os estudantes cientes da realidade das comunidades, passam a refletir e tomar decisões sobre como intervir nessa realidade para alcançar melhorias nas condições de vida e saúde no território e isso demanda automaticamente uma necessidade de imersão nos aspectos teóricos-científicos que dão suporte a propostas de ações. Passam, então, de sujeitos passivos observadores a protagonistas

no seu aprendizado e nas atividades junto à comunidade que reconheceram como seu objeto de apropriação, no sentido de civismo e compromisso social para com o objeto. Os estudantes passam a se perceber enquanto membros daquele coletivo e a ressignificar sua profissão desde a graduação.

Esse percurso articulador entre ensino e serviço é previsto e valorizado nas DCN para os cursos da saúde, em que é especificada a necessidade em se promover uma formação que seja alinhada com o SUS e seus princípios (Brasil,2017). Formando, assim, profissionais mais preparados e sensíveis à complexa realidade encontrada nos diversos contextos aos quais estarão inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que o processo de territorialização vivenciado viabilizou a aproximação dos petianos à realidade das condições de saúde da comunidade e de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nesse território.

Tal experiência permitiu, ainda, ampliar a compreensão do trabalho em equipe, do atentar à necessidade de planejamento e à tomada de decisões nos cenários vivos de assistência, buscando coerência nas ações a serem realizadas, uma vez que se parte de diagnósticos situacionais e do diálogo constante entre os agentes envolvidos no processo de assistir.

Sendo assim, recomenda-se que mais possibilidades desse tipo de atividade sejam oportunizadas nas estratégias de ensino superior nas instituições de formação para profissões da área da saúde, indo ao encontro do que é posto nas políticas de saúde brasileiras. Além disso, estas devem ser vistas enquanto aliadas dos serviços no que tange à qualificação da assistência e à melhoria no processo de trabalho nas instâncias assistenciais.

REFERÊNCIAS

Araújo, G. B. (2017) Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. *SANARE*, 16(1), 124-129.

Batista, S. H. S. S; Jansen, E. Q; Senna, M. I. B; Cury, G. C. (2015) Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface*, 19, 743-752.

Bezerra, R. K.C; Vieira, P. B; Ribeiro, A. R. S; Abreu, E. A;Silva, F. F. F; Souza, R. F.S; Souza, D. L. A; Ferreira, G. O; Paulino, I. S; Feitosa, M. V. N. (2020) A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 1 (42), 1-6.

Brasil, 2018. Diário Oficial da União. (2018) *Edição: 141, Seção: 3*. BRASIL,

Ministério da Educação. (2018) *Resolução MS/CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017*. Diário Oficial da União nº 38.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010) *Portaria nº 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010) *Saúde em Família*.

Bugarelli, P. T. (2015) *Vivenciando a Territorialização na Estratégia de Saúde da Família do município de Sapucaia do Sul/RS*. [Monografia de Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

Carvalho, S. B. O, Duarte L. R, Guerrero J. M. (2015) A. Parceria ensino e serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1): 123-144.

Ceccim, R. B, Feuerwerker, L. C. M. (2004) O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004, 14(1): 41-65.

Gondim, G.M.M et al. (2008) O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. In.: Miranda, A.C.; Barcellos, C.; Moreira, J.; Monken, M.(orgs). *Território, Ambiente e Saúde*. Fiocruz.

Grzybowski, L. S; Levandowski, D. C; Costa, E. L. N. (2017) O que Aprendi com o PET? Repercussões da Inserção no SUS para a Formação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, P41 (4): 505-514.

Jesus, W. L. A; Assis, M. M. A. (2011) Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: Jesus, W. L. A., & Assis, M. M. A., orgs. *Desafios do planejamento na construção do SUS* [online]. EDUFBA.

Lavras, C. (2011) Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 20 (4), p.867-874.

Leal, J. A. L; Melo, C. M. M; Veloso, B. P; Juliano, I. A. (2015) Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface*. 19 (53), 361-371.

Santos, A. L; Rigotto, R. M. (2010) Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* (Online), 8 (3), 387-406.

Vendrusculo, C. et al. (2016) Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. *Interface*, 20(59), 1015-1025.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR DA PARAÍBA

David Bruno Melo Araújo, Ana Paula Melo da Silva, Marina Maria Adelino Ferreira, Emerson Batista de Souto, Sebastião Giliard Oliveira Silva, Cayla Carolieva Fernandes Ferreira, Caio Eduardo de Araujo Farias, Kleyton Klaus Guedes de Souza, Leonídia Aparecida Pereira da Silva, Graciele Malheiro dos Santos

Resumo

A territorialização é posta como uma ferramenta fundamental para o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Atenção Primária à Saúde (APS) para compreensão e planejamento de ações. Desta forma, este capítulo objetiva caracterizar o território da Unidade Básica de Saúde da Família III “Elda Maria Rodrigues” do município de Nova Floresta, na Paraíba, Brasil. Este trabalho é um produto das ações do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) desenvolvido nesse serviço com intuito de incentivar o uso da territorialização como ferramenta de trabalho e organização em saúde. Compuseram a base de dados desse capítulo duas etapas a primeira uma análise documental com base nos sistemas de informação em saúde do município e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. E a segunda parte os resultados do estudo transversal descritivo com amostra intencional sobre informações de saúde, nutrição e segurança alimentar entre os adultos dessa unidade de saúde. A partir disto, identificou-se fragilidade nas informações coletadas no cadastro das famílias, principalmente quanto ao trabalho e acesso a serviços públicos. Observou-se ainda entre a amostra de adultos que a maioria eram mulheres (87,77%), com casa própria (71,94%) e sem trabalho com renda fixa (80,95%). Ainda, verificou-se uma expressiva prevalência de sobrepeso ou obesidade (85,97%) e de insegurança alimentar e nutricional (52,52%). Diante dos achados, fica exposto a necessidade da problematização das demandas quanto à alimentação e nutrição diante das especificidades de maior fragilidade social e econômica da população do território. A realização da territorialização faz-se necessária enquanto ferramenta de trabalho em saúde porque possibilita maior articulação das informações territoriais.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçados pela Reforma Sanitária e garantidos pela Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (Santos & Rigotto, 2011), o sistema público de saúde ascende como dispositivo de atenção à saúde da população que demanda planejamento e organização permanente. No entanto, observar-se que ainda há problemas organizacionais e de gerência relacionados à operacionalização e sua administração, alguns são intrínsecos à própria manutenção desse sistema que demanda uma complexa organização do processo de trabalho e das estruturas para sua realização como um todo (Gondim et al., 2008).

O espaço de realização das práticas e ações de saúde no SUS podem ser definidos como um conjunto de territórios nos quais se constroem e consolidam fatos vivenciais que repercutem de maneiras distintas entre aqueles que ali habitam. Nesse território, convivem ainda as pressões econômicas e políticas exercidas sobre a população. No campo da saúde, este tem sido um conceito que inclui a visualização das relações humanas, seus objetos e fluxos de forma a espacializar a saúde e revelar as reais condições de vida das pessoas diante dos indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais (Gondim et al., 2008).

Sob uma perspectiva mais sociopolítica, a concepção de território se dá mais precisamente pelas relações sociais ali presentes, embora esteja demarcado por um espaço geográfico e seja indissociável das relações de poder que permeiam sua organização (Souza, 1995; Nunes, 2006). A essa coexistência de poder em um determinado espaço, dá-se o nome de territorialidade, que é efetivada quando o ator se apropria do território, cuja definição pode partir de uma estratégia da sociedade exercer influência e controle entre seus membros, fenômenos, recursos e relações, resultante das relações sociopolíticas e culturais presentes no território (Raffestin, 1993; Gondim & Monken, 2009).

A territorialização consiste em um processo de compreensão de tudo que faz parte da formação do território, englobando todas as suas expansões socioculturais e econômicas ao longo do tempo (Gil, 2004; Gondim & Monken, 2009). Diante disso o território se torna essencial para a existência humana, tornando assim sua vida possível (Gondim & Monken, 2017). Em seu interior, pode haver uma homogeneidade identitária regida pelo poder exercido pelo Estado, pelas agências e pelos próprios cidadãos nele inseridos. Isto posto, entender seu conceito e os movimentos que o permeiam tornam possível a elaboração de estratégias de políticas sociais para o enfrentamento dos eventuais problemas e necessidades da população (Gondim et al., 2008).

Entender o conceito de território é crucial para que as práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação pressupostas pelo SUS possam ser efetivadas e potencializadas, de forma que as relações, modo de vida e a organização das pessoas sejam realmente entendidas e aproximadas do trabalho em saúde. Apenas dessa forma, o serviço da saúde pública pode ser, realmente, embasado nas necessidades e estilo de vida da população, tendo em vista que a base do sistema público de saúde atual é territorial, composta por um conjunto de famílias residentes em determinado espaço (Gondim & Monken, 2017; Bando & Moreira, 2019).

Considerada uma ferramenta para o planejamento das ações em saúde, a territorialização é compreendida pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 como um processo contínuo de conhecimento territorial com objetivo de programar ações baseadas no perfil e necessidade da população, indo para além do mapeamento inicial, abarcando as dinâmicas que se inserem no território (Santos & Rigotto, 2011; Brasil, 2017). Por meio desta, pode-se analisar e realizar

um diagnóstico do território mais preciso das características sociodemográficas e epidemiológicas, construindo a integralidade do atendimento de forma humanizada e de qualidade, efetivando os projetos terapêuticos (Gondim & Monken, 2009; Caires & Souza-Júnior, 2017).

Sob essa linha de compreensão, a Atenção Primária a Saúde (APS), a principal porta de entrada do SUS, por estar organizada em um território limitado, torna-se o locus, no qual cabe o desenvolvimento do seu necessário conhecimento e de suas lógicas que lá se fazem presentes (Neves, 2011). Para alcançar este objetivo, a territorialização se apresenta como uma das principais ferramentas, auxiliando no desenvolvimento das ações de saúde a fim de que sejam efetivadas e viabilizadas. Para isso, é indispensável a identificação dos principais problemas da comunidade e, a partir disso, estabelecer um plano de ação (Mafra & Chaves, 2004). É na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que a territorialização é posta como uma metodologia que torna possível a operação de mudanças no modelo assistencial a partir do reconhecimento das relações e condições de vida, situação atual da saúde e seus serviços, sendo fundamental para a aprendizagem do contexto de vida cotidiana (Teixeira et al., 1998; Gondim & Monken, 2009).

Desta forma, a fim de demonstrar algumas atividades envolvidas com a territorialização, este capítulo objetiva caracterizar o território de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF III), situada no município de Nova Floresta, na Paraíba, Brasil. Este trabalho foi possível, pois o serviço estava vinculado ao projeto Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde Interprofissionalidade, desde o início de 2019. Os dados aqui apresentados constituem-se como uma das ferramentas de trabalho do projeto PET-Saúde.

O trabalho deste capítulo tratasse da consolidação de duas etapas a primeira etapa tratasse de uma análise documental de dados da base nos sistemas de informação em saúde do município e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. E a segunda parte versa sobre parte dos dados do projeto de iniciação científica realizado em parceria com o PET-Saúde através do Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional (GPTI). Os dados apresentados são parte de pesquisa maior é intitulada **“Sobrepeso e Obesidade: Investigações sobre o corpo, consumo alimentar e (in) segurança alimentar”** (CAAE: 17820619.7.0000.5182).

Esses resultados consolidados auxiliam nesse capítulo na identificação dos dados ligados à nutrição da população adulta do território. Esse estudo territorial auxilia à equipe local a traçar metas e linhas de trabalho em saúde mais próximos da realidade da população nos âmbitos do planejamento e gestão da saúde da população.

PARTE 1: ANÁLISE DOCUMENTAL PARA A CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

Indicadores do município e descrição da rede de saúde

O município de Nova Floresta situa-se no Curimataú Paraibano e faz limites com a cidade de Jaçanã, no estado do Rio Grande do Norte (RN), e as cidades paraibanas de Frei Martinho, Picuí e Cuité (Figura 1). Apresenta uma área territorial de 59 km², população estimada em 10.626 habitantes e densidade demográfica de 222,31 hab/km². A população residente é composta por 51,4% dos habitantes do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino. De acordo com a faixa etária, 9,3% dos habitantes têm de 0 a 5 anos de idade; 17,3% têm entre 6 a 14 anos de idade; 18,8% entre 15 a 24 anos; 21,0% de 25 a 39 anos; 18,7% de 40 a 59 anos e 15,0% têm 60 anos ou mais (IBGE, 2011).

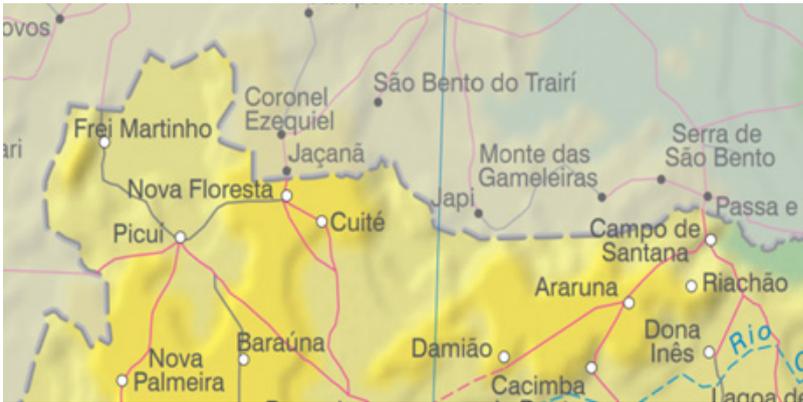


Figura 1. Mapa com identificação de cidades próximas ao município de Nova Floresta, Paraíba. Fonte: IBGE (2020)

A maioria da população reside na área urbana, sendo 2.404 domicílios (7.892 habitantes) e na área rural 761 domicílios (2.641 habitantes). A média de moradores em domicílios particulares ocupados é de 3,32. Caracteriza-se com alta taxa de escolarização de habitantes de 6 a 14 anos de idade de 96,7 %, por outro lado a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade é de 28,6% (IBGE, 2011).

Quanto à renda e trabalho, conforme dados de 2018, apenas 6,9% apresentavam ocupação, em relação à população total. O salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 1,7 salários mínimos e 51,6% da população apresentavam domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2018).

Com relação ao território e ambiente do município, apenas 2,2% dos domicílios

dispõem de esgotamento sanitário adequado e 0,5% dos domicílios urbanos em vias públicas possuem urbanização adequada - presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2011). Segundo a rede de saúde, o município faz parte da macrorregião 2° e da 4° Região de Saúde do estado da Paraíba, identificando-se com a presença cinco Unidades de Saúde da Família (CNES, 2020).

Histórico do bairro de localização da unidade de saúde

A cidade de Nova Floresta surgiu a partir do local conhecido como Estrondo, de apenas uma moradia e pertencente ao município de Cuité. Um dos sócios que estabeleceu o primeiro pequeno comércio local, em 1927, classificou o local como uma “pequena floresta” e daí deu-se o nome do que viria a ser um distrito no ano de 1955. Quatro anos depois, em 1959, foi elevado à categoria de município pela lei estadual nº 2077, de 30-04-1959 (IBGE, 2017).

O bairro é uma expansão da área urbana da cidade através da construção de um conjunto habitacional popular pelo prefeito José Zito de Farias Andrade, com mandato de 2005 a 2008. Esse empreendimento mediante as dificuldades de acesso à água por sistema público utilizou-se de uma cacimba com proporções fora do padrão, ganhando o nome popular de “bocão”, apesar do nome oficial do bairro ser Francisco Estevão de Andrade. O local de construção da cacimba que, com o passar do tempo tornou-se uma área com acúmulo de lixo e sem uso, levou à construção de uma praça pública nas gestões de João Elias da S. Neto Azevedo, com mandatos de 2009 a 2016, e Jarson Santos da Silva (2017 a 2020).

Segundo as bases de dados de saúde do município

A Unidade Básica de Saúde da Família III – Elda Maria é uma das cinco unidades urbanas de referência ligada à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Floresta, Paraíba. Ela possui seis microáreas, duas com características de zona rural (distanciamento entre casas maior do que 10 km da zona urbana da cidade). Segundo dados cadastrais por domicílio do e-SUS (Brasil, 2020), estão vinculadas a este serviço de saúde 881 domicílios caracterizados por 605 famílias, o que correspondem a 2479 usuários no território.

Deste modo, ao analisar os dados a respeito da situação de moradia e saneamento, identifica-se 100 (11,4%) domicílios na área rural e 781 (88,7%) área urbana, destes 48,8% realizam algum tratamento de água (cloração, ferver, filtrar), 42,5% possuem energia elétrica na residência e 43,3% tem o lixo coletado por serviço público. Considerando estas dimensões, uma pequena parcela da população ainda realiza queima do lixo e não possuem energia em suas residências (Brasil, 2020).

A distribuição da população em relação ao sexo é de 51,11% do sexo masculino e 48,89% do sexo feminino. Tendo isto como pressuposto, a faixa etária como parte total da população se expressa na seguinte relação: de 0 a 4 anos um total de 7,7% de habitantes; de 5 a 14 anos, 30,3% de habitantes; de 15 a 24

anos, 36,3% de habitantes; de 25 a 34 anos, 32% de habitantes; de 35 a 44 anos, 26,5% de habitantes; de 45 a 54 anos, 25,3% de habitantes e de 55 a 64 anos, 17,1% de habitantes (Brasil, 2020).

A equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família III – Elda Maria é composta por 11 profissionais. Deste total incluem-se: seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica, uma recepcionista e uma auxiliar de manutenção predial. A unidade funciona desde o ano de 2005 vinculada a Estratégia de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Primária. Entre as atividades exercidas atualmente neste nível de atenção à saúde estão a consulta ambulatorial, o apoio diagnóstico, a imunização, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os agravos e produção do cuidado (CNES, 2020).

PARTE 2: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ADULTA A PARTIR DA PESQUISA CIENTÍFICA

A pesquisa, a coleta e seus instrumentos

A pesquisa científica é um estudo transversal descritivo com amostra intencional realizada entre 21 de janeiro de 2020 a 21 de fevereiro de 2020 de forma diária durante o horário de funcionamento do serviço. Os dados apresentados correspondem às seguintes dimensões: sociais, econômicos, demográficos e de saúde; segurança alimentar e nutricional (SAN) e estado nutricional e compõem a pesquisa mais ampla intitulada “Sobrepeso e Obesidade: Investigações sobre o corpo, consumo alimentar e (in) segurança alimentar.

A amostra foi selecionada a partir dos indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão: ser adulto, residente no território que a unidade é referência e que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) identificava como tendo sobrepeso e obesidade. Os parâmetros de exclusão aplicados foram: estar grávida; adultos com idade igual ou superior a 65 anos; gêmeos; membros de uma mesma família residentes no mesmo domicílio; menores de dezoito anos e aqueles que possuíam alguma limitação ou má-formação física ou mental que impossibilitasse a mensuração do estado nutricional com os equipamentos e/ou instrumentos padronizados para pesquisa.

Os colaboradores foram treinados previamente quanto aos instrumentos de coleta. Participaram estudantes de graduação de saúde do Centro de Educação e Saúde do Campus de Cuité e integrantes do PET-Saúde, conforme a Figura 3. A abordagem deu-se a partir de visitas domiciliares junto ao ACS, entretanto, também foram abordados, a partir de convite a participar da pesquisa, os usuários que procuravam o serviço de saúde e, ainda, houve aqueles que preferiram indicar data e local para realização de visita domiciliar para que também pudessem participar.

A sequência da coleta seguiu a ordem do questionário utilizado. O instrumento da pesquisa foi dividido por temas, a saber: Informações Sociais, Econômicas e

Demográficas; Questões de Saúde Geral; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e Avaliação Nutricional. Todos os participantes da pesquisa, ao aceitarem, receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). No entanto, para esse capítulo, utilizaremos apenas os dados sócioeconômicos-demográficos e questões de saúde geral.



Figura 2. Treinamento da equipe de colaboradores no uso dos instrumentos para coleta de dados da pesquisa “Sobrepeso e Obesidade: Investigações sobre o corpo, consumo alimentar e (in) segurança alimentar”, Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Cuité, Paraíba, 2020.

As questões sociais, econômicas e demográficas foram idade em anos completos; sexo autodeclarado; cor autodeclarada; estado civil; prática religiosa; exercício de atividade remunerada; recebimento de benefícios sociais; renda familiar; número de pessoas residentes no mesmo domicílio; fonte da água para consumo; tipo de moradia; escolaridade; ocupação e naturalidade.

Fizeram parte do tema “*Questões de Saúde Geral*”, tópicos envolvendo o número de horas de sono; uso de itens para auxiliar no sono; ganho e/ou perda de peso recente (últimos três meses); realização de consulta com nutricionista; substituição/uso de alimentos, medicação ou dieta para perda de peso rápido; realização atual de acompanhamento individual com nutricionista ou outro profissional para perder peso; participação em grupos de saúde com intuito de perder peso e para promoção da saúde; quais os profissionais que deveriam atender as pessoas com sobrepeso/obesidade; realização de alguma atividade física (maior ou igual a 150 minutos) por semana; a indicação por algum médico acerca de pressão alta ou diabetes e uso de algum medicamento para controle dessas comorbidades.

A terceira parte do instrumento versou sobre o uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que possibilita o diagnóstico rápido da situação de segurança alimentar familiar (Segall-Côrrea et al., 2004), além de ser validada para população brasileira e ter alto valor preditivo (Ministério da Saúde, 2009).

A escala permite a classificação de segurança alimentar; insegurança alimentar leve (quando há o receio de sofrer insegurança alimentar em um futuro próximo, reflete um componente psicológico da insegurança e o problema da qualidade da alimentação); insegurança alimentar moderada (em que há restrição na quantidade de alimentos na família); e insegurança alimentar grave (presença da situação de fome entre adultos e/ou crianças da família). As perguntas são fechadas com respostas binárias (sim/não) e metade do questionário refere-se à quando existem membros da família menores de 18 anos.

Por fim, avaliou-se o estado nutricional da população estudada a partir da aferição das medidas de peso e altura usados, posteriormente, para calcular o Índice de Massa Corporal – IMC (Anjos & Wahrlich, 2011; WHO, 2000). Deste modo, o peso foi aferido utilizando-se uma balança digital, com o participante descalço, com o mínimo de roupa possível no momento da entrevista, posicionado no centro do equipamento, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. A altura foi medida com o auxílio de uma fita métrica posicionada em parede lisa com uso de um esquadro, com o indivíduo ainda descalço e na mesma posição usada para aferir o peso, com a posição da cabeça erguida olhando para o horizonte e sem nenhum adereço nesta (Brasil, 2011).

Para análise do estado nutricional calculou-se o IMC, através da equação matemática $\text{Peso}/\text{Altura}^2$ e em seguida, os valores obtidos foram classificados considerando a regra da OMS (2007): que categoriza indivíduos com $\text{IMC} < 18,5\text{kg}/\text{m}^2$ como baixo-peso; eutrofia, IMC entre $18,5\text{kg}/\text{m}^2$ e $24,9\text{kg}/\text{m}^2$; sobrepeso, IMC entre $25\text{kg}/\text{m}^2$ e $29,9\text{kg}/\text{m}^2$; obesidade grau I, IMC entre $30\text{kg}/\text{m}^2$ e $34,9\text{kg}/\text{m}^2$; obesidade grau II, IMC entre $35\text{kg}/\text{m}^2$ e $39,9\text{kg}/\text{m}^2$; e obesidade grau III, $\text{IMC} > 40\text{kg}/\text{m}^2$.

Os dados foram digitalizados em pacote Office Microsoft for Windows® e passaram por estatística descritiva utilizando o programa de software livre Program for Statistical Analysis of Sample Data (PSPP).

Resultados da pesquisa com adultos

A população adscrita no território da Unidade de Saúde da Família no período da coleta, eram de 2331 pessoas, conforme dados do relatório do cadastro individual na base dados e-SUS. Destas, apenas 1468 tinham de 20 a 69 anos, encaixando-se nos critérios. A unidade de saúde de referência é dividida em seis microáreas, duas delas com características de zona rural (distanciamento entre casas, >10km da zona urbana da cidade). Com a presença dos ACS de cada microárea, foram visitadas todas as ruas de cinco destas (4 urbanas e 1 rural), Figura 3. Assim, para essa amostra intencional participaram 278 indivíduos.

Após a análise dos dados referentes à caracterização geral da população, a amostra, em sua maioria, apresentou-se como sendo do sexo feminino, morador (a) em casa própria, sabendo ler e escrever com facilidade, nível de escolaridade e sem trabalho com renda fixa, como mostrado na Tabela 1.

Em variáveis não apresentadas na Tabela 1, analisou-se que em cada casa

visitada há pelo menos dois adultos e uma criança, e em poucas foi observada a presença de idosos. A idade, em média, da população adulta investigada foi de 41,26 anos (IC: 12,49). A prática religiosa do público investigado foi em grande parte católica (73,58%), seguida por protestantes (23,77%).



Figura 3. Realização da coleta de dados da pesquisa “Sobrepeso e Obesidade: Investigações sobre o corpo, consumo alimentar e (in) segurança alimentar”, no território da Unidade Básica de Saúde da Família III -Elda Maria Rodrigues, em Nova Floresta, Paraíba, 2020.

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto ao sexo, raça, moradia, sabe ler e escrever, nível de escolaridade, ocupação e estado civil do respondente. Pesquisa com amostra entre os residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020. (N=278)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	244	87,77
Masculino	34	12,23
Raça autodeclarada		
Pardos	168	60,73
Branco	72	25,82
Pretos	28	9,82
Indígenas	10	3,64
Tipo de moradia		
Própria quitada	200	71,94
Alugada	51	18,35
Própria financiada	14	5,04
Emprestada por terceiro	10	3,60
Aluguel social	3	1,08
Sabe ler e escrever		
Com facilidade	183	66,55
Com dificuldade	61	22,18
Analfabeto	31	11,27

continuação

Variáveis	N	%
Nível de escolaridade		
Ensino fundamental I	108	39,10
Ensino fundamental II	56	19,92
Ensino médio	91	32,70
Ensino técnico	7	2,63
Ensino superior	16	5,64
Ocupação		
Trabalhador sem renda fixa	227	80,95
Trabalhador com renda fixa	34	12,24
Aposentado	17	6,12
Estado civil do respondente		
Solteiro (a)	99	35,51
Casado (a)	94	34,42
União estável	55	19,75
Divorciado (a)	23	8,33
Viúvo (a)	6	2,17

Com relação aos aspectos socioeconômicos, a maioria dos entrevistados respondeu que a renda familiar não ultrapassa um salário mínimo (74,36%) e ainda há aqueles sem renda fixa mensal (6,23%) conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Descrição da renda mensal da amostra de residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020. (N=278)

Renda mensal familiar	N	%
Sem renda fixa	17	6,23
< R\$ 346 até 1045,99	203	74,36
R\$ 1046 até 2092,99	37	13,55
R\$ 2093 até 3138,99	9	3,3
R\$ 3139 até 4184,99	6	2,2
> R\$ 4185	1	0,37

Ainda, observou-se a presença de trabalhadores sem renda fixa, destes, destaca-se que 17,27% declarou-se dona de casa. Para os trabalhadores com renda fixa, apenas 10,43% tem carteira assinada ou trabalha por contrato temporário. Verificou-se, também, indivíduos que recebem benefícios sociais, dos quais 62,87% recebem bolsa família e 24,35% informou ter vínculo com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Analisando os tópicos demográficos, em relação à captação de água, 83,03% adquire esse recurso a partir de poços artesianos. Acerca da naturalidade, 87,58% descende de cidades pequenas, ainda houve respondentes naturais de cidades grandes e cidades médias, 6,99% e 5,51%, respectivamente. Quanto ao estado

de naturalidade, existe uma diversidade de localidades distribuídas por várias regiões do Brasil, porém os destaques vão para a Paraíba (81,29%) e Rio Grande do Norte (14,39%).

A avaliação das variáveis referentes à ordem da dimensão da saúde é apresentada na Tabela 3. Observa-se que 54,68% dos respondentes tem uma noite de sono adequada (seis a oito horas) e 16,55% não dorme o suficiente (menos de seis horas). De acordo com uso de algum produto para ajudar a dormir, 82,85% afirmam que não utiliza nada e apenas 8,39% utiliza medicamentos com prescrição médica.

Tabela 3. Caracterização quanto ao estilo de vida e a saúde dos residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020.

Variáveis	N	%	Total
Horas de sono por noite			278
Seis a oito horas	152	54,68	
Mais de oito horas	80	28,78	
Menos de seis horas	46	16,55	
Uso de algo para auxiliar a dormir			274
Não uso nada para me ajudar a dormir	227	82,85	
Medicamentos com prescrição médica	23	8,39	
Chás	13	4,74	
Medicamentos sem prescrição médica	7	2,55	
Outros	4	1,46	
Presença de comorbidades, peso, medicação, dieta e substituição de alimentos			
Diagnóstico de pressão alta	84	30,22	278
Uso de medicamento para controle de pressão alta	53	19,56	271
Diagnóstico de diabetes	33	11,91	277
Uso de medicamento para controle da diabetes	26	9,74	267
Realiza exercícios de duas a três vezes por semana (> 150 min)	95	34,93	272
Ganhou peso recentemente (nos últimos três meses)	150	55,56	270
Perdeu peso recentemente (nos últimos três meses)	72	26,77	269
Uso de medicação com intuito de perder peso rápido (últimos seis meses)	6	2,17	277
Tentou alguma dieta/conduta/orientação com intuito de perder peso rápido (últimos seis meses)	54	19,57	276
Substituição de refeição por sucos, shakes ou preparos em pó para perder peso rápido (últimos seis meses)	47	17,09	275

Verificou-se, também, a presença de comorbidades como pressão alta (30,22%) e diabetes (11,91%). Apenas 19,56% utiliza medicação para controle da pressão alta e 9,74% utiliza medicação para o controle da diabetes. Em relação ao estilo de vida da população, apenas 34,93% faz algum tipo de exercício físico de duas a três vezes na semana (>150 minutos).

Nota-se variação do peso na população, uma vez que 55,56% ganhou peso e 26,77% perdeu peso nos últimos três meses. É possível observar que menos de 20% dos entrevistados utilizou estratégias para perder peso rápido (sem orientação profissional), como: uso de dietas/orientações/conduas (19,57%), substituição de refeição por sucos, shakes ou preparos em pó (17,09%) e uso de medicação (2,17%).

Na Tabela 4, são apresentados dados sobre as preferências na participação/realização de ações em serviços de saúde. Levando em consideração a opinião sobre o atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade, observa-se que aproximadamente 90% acredita que o nutricionista deveria ser o profissional responsável, seguido pelo médico (67,40%) e psicólogo (50,74%). Porém, apenas 26,91% já foi a uma consulta com nutricionista.

Tabela 4. Descrição de dados sobre a preferências na participação/realização de ações em serviços de saúde entre os residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020.

Variáveis	N	%	Total
Opinião de quais deveriam ser os profissionais a atender as pessoas com sobrepeso e obesidade no serviço de saúde			
Nutricionista	245	89,74	273
Médico	184	67,40	273
Psicólogo	138	50,74	272
Enfermeiro	107	39,19	273
Assistente social	97	35,53	273
Consulta com nutricionista	74	26,91	275
Preferência pelo tipo de consulta em um serviço de saúde			276
Individual	203	73,55	
Ambos	62	22,46	
Grupos (pessoas e profissionais de saúde)	11	3,99	
Acompanhamento individual com nutricionista ou outro profissional para perder peso (últimos 3 meses)	21	7,75	271
Participação em grupos que tinham o objetivo a promoção de saúde e prevenção de doenças	51	18,41	277
Participação de grupos que tinham como objetivo a perda de peso	25	9,03	277

Em dados não apresentados na tabela, verificou-se que entre aqueles que procuram em algum momento o nutricionista, 52,05% relatou que sentiu facilidade para seguir as orientações passadas pelo profissional nutricionista. Os que nunca passaram por atendimento com profissional da nutrição afirmaram desinteresse pelo tipo de serviço oferecido (66,83%), seguido por 11,56% de que não conhecem o tipo de trabalho do profissional.

Em relação aos atendimentos prestados nos serviços de saúde, 73,55% respondeu que prefere atendimento individual (Tabela 4). Observa-se também que 7,75% afirmou está em acompanhamento individual com algum profissional - nutricionista ou não - para perder peso (Tabela 4). Destes, 75% relevou ser por motivações de saúde, 16,67% por padrões de beleza/estética e ainda houve os que responderam inclusão social (4,17%) e satisfação pessoal (4,17%).

A partir do questionamento em relação à participação em grupos, 18,41% afirmou ter participado de grupos com objetivo de promoção de saúde e prevenção de doenças, e 9,03% afirmou ter participado de grupos cujo objetivo era a perda de peso. Mais da metade dos residentes do território investigado apresentou algum nível de insegurança alimentar (52,52%), conforme a Tabela 5.

Tabela 5. Identificação do grau de segurança alimentar entre os residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020. (N=278)

Nível de segurança alimentar e nutricional	N	%
Segurança alimentar	132	47,48
Insegurança alimentar leve	95	34,17
Insegurança alimentar moderada	35	12,59
Insegurança alimentar grave	16	5,76

O IMC médio da população estudada mostra um estado nutricional com perfil de sobrepeso (29,38Kg/m²). A média de peso da amostra foi de 73,08Kg (IC: 45,9kg-134,2kg), e de altura foi 1,57m (IC: 1,41m-1,88m).

Tabela 6. Classificação do Estado Nutricional pelos pontos de corte do IMC entre os residentes adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família III – Elda Maria no município de Nova Floresta/PB, 2020. (N=278)

Estado nutricional	N	%
Eutrófico	38	13,67
Sobrepeso	132	47,48
Obesidade I	81	29,14
Obesidade II	20	7,19
Obesidade III	6	2,16

De acordo com a classificação do estado nutricional, considerando os pontos de corte do IMC, observa-se que grande parte da população apresenta excesso de peso, estando entre sobrepeso (47,48%) e obesidade (38,49%), apenas 13,67% estão eutróficas. Do total de pessoas obesas é possível verificar que 29,14% apresentam obesidade I; 7,19% estão com obesidade II e 2,16% obesidade III, segundo a Tabela 6.

ANÁLISE GERAL DOS DADOS

Sobre o período de coleta e a própria aproximação com o território, cabe destacar como os moradores locais foram receptivos com a proposta da pesquisa e sobre as informações disponibilizadas. Não se tratava de uma atividade comum no território, sendo a entrada em conjunto com as visitas domiciliares de rotina dos ACS a melhor estratégia para acolhimento da proposta. Tornou-se possível identificar que quanto mais os ACS estão envolvidos nas atividades de pesquisa e com o PET-Saúde, mais fortalecida pode ser a proposta de pesquisa.

De forma geral, percebeu-se que a maior parte do território de Saúde da UBSF apresenta situações de vulnerabilidade: baixa escolaridade; renda familiar mensal de até um salário mínimo; maior parte das famílias sem renda fixa. Este contexto socioeconômico possibilita o exercício de um olhar diferenciado às questões que envolvem os desfechos do estado nutricional dessa população, a exemplo da obesidade e sobrepeso, uma vez que o fator de complexidade exige que se leve em consideração fatores como cenários de insegurança alimentar e os padrões de consumo alimentício praticados pelo público pesquisado. Afinal, o trabalho em saúde nutricional vai, e deve ir, muito além de ditar sobre as escolhas e comportamentos alimentares dos indivíduos e comunidades, priorizando a compreensão dos motivadores que impulsionam e motivam essas escolhas e comportamentos, desde a produção do alimento até o consumo do mesmo.

A complexidade quanto às questões sobre alimentação e saúde das pessoas em contextos de vulnerabilidades sociais (baixa escolaridade e moradia) e econômicas (emprego, recebimentos de algum benefício social) podem ser questionadas a partir dos resultados encontrados sobre sobrepeso e obesidade. Afinal, mais de 50% desse público está com algum grau de insegurança alimentar que dispõe sobre a severidade entre o receio de que a família venha a sofrer privação alimentar em um futuro próximo, passando pelo comprometimento da qualidade da dieta e pela limitação da quantidade de alimentos consumidos na residência, chegando até o nível mais grave em que existe fome entre os componentes da casa (Segall-Corrêa, et al., 2004).

Mesmo que este não seja um estudo com amostra probalística, a prevalência desta pesquisa se aproxima do percentual verificado em estudos de base populacional. Barbosa e colaboradores (2009) encontraram entre adultos maceioenses,

em situações de vulnerabilidade similares ao do público do presente estudo, 41,2% com excesso de peso. Melo (2015) analisou que 62,5% dos moradores do conglomerado de Coelhos (periferia), em Recife – PE, apresentavam sobrepeso e/ou obesidade. Melo et al. (2020) investigou o excesso de peso (70,3%) em uma área carente do nordeste brasileiro e indicou que as péssimas condições de vida existentes no território predispõem os sujeitos a esse ganho de peso. Percebe-se que após uma década, o excesso de peso duplicou em territórios em que a qualidade de vida não é favorável ao desenvolvimento social e econômico.

Refletindo sobre condições de vida e moradia da região desta pesquisa, o trabalho de Palmeira & Santos (2015) identificou em um município limítrofe a Nova Floresta, a cidade de Cuité, um perfil socioeconômico e de insegurança alimentar muito similar. Em seu estudo, as autoras verificaram, entre os respondentes, um público majoritariamente do sexo feminino; pardo (a); com baixa escolaridade, onde houve poucos ingressantes no ensino superior e com renda considerada insuficiente, a maioria apresentou renda inferior ou igual a um salário mínimo. Outra característica comum aos estudos refere-se à problemática da falta e da qualidade da água da região.

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, 2013), o indicador referente à educação do município de Nova Floresta demonstra estagnação quanto aos valores da média dos anos de estudo. Dados mais recentes não foram encontrados para comparação sobre índices de escolaridade. Vale ressaltar que a educação tem grande influência na diminuição das desigualdades socioeconômicas e é descrita como uma estratégia na superação da pobreza (Campello et al., 2014).

No Brasil, além do sistema educacional, as políticas públicas de erradicação da fome e da pobreza também são intervenções utilizadas com o objetivo de promover o mínimo para sobrevivência. No estudo de Cabral et al. (2014), indicou-se isso através de uma investigação feita nos municípios de Nova Floresta e São José dos Ramos, em que houve aumento da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e dos indicadores socioeconômicos a partir da realização do Programa Bolsa Família (PBF). Apesar do incremento legal das políticas públicas de SAN nos anos 2000, com destaque para a inclusão do Direito à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA) na Constituição Brasileira em 2010, destaca o reconhecimento da alimentação como um quesito importante e indispensável na vida dos cidadãos (Brasil, 2013). Apesar do destaque que já foi dado a estas ações de segurança alimentar, as políticas sociais e de distribuição de renda, mais recentemente no país, passamos pela desestruturação, desarticulação e desfinanciamento destas, o que pode ter impacto social real imensurável.

Esse contexto agrava ainda mais a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) na população como é possível verificar nos resultados da pesquisa, visto que mais da metade dos participantes demonstraram algum grau de insegurança. Outros estudos mostraram resultados semelhantes na avaliação

da SAN como o de Palmeira e Santos (2015) no município de Cuité, mostrando percentual relevante de INSAN (55,7%) no interior. Entretanto, de acordo com Leal (2016) e Medeiros (2016), o município de Cuité - circunvizinho da cidade da pesquisa - apresenta pouco mais de 30% da sua população em INSAN.

Posto isto, a partir das pesquisas referentes a SAN, é possível observar que o interior da Paraíba ainda é um território onde as populações vivem em vulnerabilidade e ainda há muitos desafios, assim como nos demais territórios e regiões do país para efetivação do DHAA. Pesquisas em territórios vulneráveis desvelam o impacto da desigualdade social e proporcionam reflexões acerca das políticas públicas e estratégias criadas e utilizadas no processo de erradicação da fome e da pobreza considerando seus avanços e/ou insuficiências diante do objetivo, o que cria possibilidades para eventuais mudanças e adequações à realidade populacional.

A prevalência da dimensão de SAN no território traz para o debate mais elementos que são fatores condicionantes ao excesso de peso e a obesidade. As condições de vida impactam automaticamente nas formas e práticas alimentares, que vão além da discussão simplista da modernidade que traria uma alimentação rápida e por isso com menor qualidade. As condições sociais e econômicas da população do interior, bem como suas demais complexidades ligadas à acesso; compra; distribuição; práticas e preparo; qualidade e quantidade perpassam elementos distintos dos grandes centros urbanos. Isso traz a demanda de modificarmos como se compreende as problemáticas ligadas à alimentação e nutrição.

Nesse sentido, a compreensão dessas dimensões, e outras, são de relevante importância, principalmente, para entender e problematizar a complexidade causal a que um indivíduo com sobrepeso e obesidade está submetido. A não incorporação da análise complexa e dialética da situação da obesidade no âmbito da saúde pode ignorar os impactos simbólicos de ser o corpo gordo um objeto de regulação da medicina (saúde) e das políticas públicas (Poulain, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do apresentado, é importante considerar a riqueza de informações obtidas desse território de saúde. Consolidar a articulação desses dados é um desafio, pois trazem tantas possibilidades e informações, de modo que a dificuldade maior se encontra em manter uma frequência de atualização de forma sistematizada para conhecimento do grande público. Todavia, percebe-se que os profissionais compreendem com maior sensibilidade o uso e as nuances das informações e demandas, principalmente daquele público que frequenta a unidade. Porém, há de se ressaltar a existência de muitas pessoas que não frequentam os serviços de saúde, havendo também a necessidade de incorporação de informações sobre esse público para mapeamento das demandas de saúde do território. Para este fim, a obtenção de parcerias com universidades e projetos, a exemplo do

PET-Saúde e projetos de pesquisa, pode contribuir de maneira muito significativa para obtenção e qualificação desses dados, de modo a promover planejamentos e ações em saúde mais efetivas e de acordo com as realidades sociais do território.

No que tange a obesidade e sobrepeso, é imprescindível tornar conhecidas as diferentes características do território e de tudo que compõem as escolhas do sistema alimentar dos indivíduos. Dados e informações sobre alimentação e nutrição da população estão fora do rol das atividades sistemáticas e contínuas, ainda mais com a fragilização do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) na Atenção Primária. Apesar da obesidade e sobrepeso serem dimensões de intervenção propostas e constituintes de metas mais atuais, mais informações que possam contribuir para uma análise mais complexa não têm sido questionadas para além do estado nutricional, o que destaca a importância da pesquisa realizada e deste capítulo, afinal, a partir dos dados coletados, percebe-se que diferentes variáveis, como as diferenças sociais e econômicas entre o público avaliado, podem interferir nas formas e práticas alimentares dos indivíduos.

Os resultados também demonstraram a importância da territorialização como ferramenta de formação, planejamento e organização do trabalho em saúde, pois esta possibilita - antes mesmo das ações propriamente ditas - o reconhecimento da população que reside no local, assim como a percepção das fragilidades e potencialidades existente no território, servindo de base para o planejamento de ações em saúde a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família III – Elda Maria, a exemplo de trabalhos de grupo em caráter multidisciplinar, bem como poderá servir de esteio e justificativa para captação de recursos e/ou reforço do quadro profissional necessário junto à gestão de saúde municipal, de forma a garantir a construção de um serviço de saúde mais efetivo.

Torna-se possível notar, diante dos dados apresentados por esta pesquisa, que as políticas públicas alcançam a população local, mas que apenas elas não são suficientes para suprir todas as necessidades de saúde existentes no território e nem são determinantes para a consolidação de hábitos dos sujeitos, se fazendo necessária à promoção de atividades, visitas e/ou eventos que considerem as especificidades desse território, objetivando um cuidado em saúde que considere a integralidade e as reais necessidades da população e adequados à instituição de saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as considerações na revisão do capítulo feitos pela profa. Dra. Alynne Mendonca Saraiva Nagashima do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFMG e tutora do PET-Saúde. Em especial valorizar os Agentes Comunitários de Saúde da UBSF III Elda Maria pelas caminhadas, disponibilidade e afetos em acolher a pesquisa e nos ensinar sobre as formas de trabalho coletivo e o território vivo. A toda gestão municipal de saúde através do Secretário de Saúde

em exercício Livio Ian de Souza Cavalcante e da ex-secretária Theany de Andrade Azevedo Medeiros por acolher e apoiar o projeto PET-Saúde Interprofissionalidade e a parceria com o Grupo de Pesquisa e Trabalho Interprofissional e Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

REFERÊNCIAS

Anjos, L. A., & Warhlich, V. (2011). Avaliação Antropométrica: In: Taddei J. A., Lang R. M. F., Longo-Silva G., Toloni M. H. A. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 55-72.

Bando, D. H., & Moreira, D. G. (2019). Territorialização da atenção básica à saúde do SUS no município de Afenas (MG): Estudo de caso sobre a UBS Jardim Nova América 2. In *Geosaude-2019*. <http://inscricao.eventos.ific.edu.br/index.php/geosaude/geosaude/paper/view/1358>.

Barbosa, J. M., Cabral, P. C., Lira, P. I. C. D., & Florêncio, T. M. D. M. T. (2009). Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, 59(1), 22.

Ministério da Saúde. (2020) *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)*. Secretaria de Vigilância em Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.

Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Secretaria de Vigilância em Saúde. .

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013) *O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. CONSEA, ABRAND.

Cabral, C. S., Lopes, A. G., Lopes, J. M., & Vianna, R. P. D. T. (2014). Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 393-402.

- Caires, E. S., & Souza-Junior (2017). Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 9(1), 1174-1177.
- Campello, T., Falcão, T. & Costa, P. V. DA (EDS.) (2014). *O Brasil sem miséria*. 1a edição, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Gil, I. C. (2004). Territorialidade e desenvolvimento contemporâneo. *Revista Nera*, (4), 5-19.
- Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2017). Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M. et al. (Orgs.). *Técnico em Vigilância em Saúde: contexto e identidade*. EPSJV/Fiocruz.
- Gondim, G. M. D. M., Monken, M., Rojas, L. I., Barcellos, C., Peiter, P., Navarro, M. B. M. A., & Gracie, R. (2008). *O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde*. Editora Fiocruz.
- Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2009). *Territorialização em Saúde*. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011) *Densidade demográfica: Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira*.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017) *Cidades. Nova Floresta*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/nova-floresta/historico>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018) *Cadastro de Empresas (CEMPRE) 2018*. <https://cidades.ibge.gov.br/>.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2013) *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 - Perfil municipal de Nova Floresta-PB*. <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/oatlas/oatlas/>.
- Leal, N. A. C. (2016). Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida de indivíduos residentes no município de Cuité, Paraíba. [Monografia de graduação, Universidade Federal de Campina Grande].
- Mafra, M. R. P. & Chaves, M. M. N. (2004). O processo de territorialização e a atenção à saúde no programa de saúde da família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1, 1517-6533.

Medeiros, R. A. D. (2016). Insegurança alimentar e risco de depressão: um estudo transversal com famílias do município de Cuité, Paraíba. [Monografia de graduação, Universidade Federal de Campina Grande].

Melo, S. P. D. S. D. C., Filho, M. B., & Rissin, A. (2015). Excesso de peso de adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(2), 257-265.

Melo, S. P. D. S. D. C., Cesse, E. Â. P., Lira, P. I. C. D., Ferreira, L. C. C. D. N., Rissin, A., & Batista Filho, M. (2020). Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200036.

Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2009) *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*.

Neves, R. T. N. A. (2011). Mapeamento do território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no Município de São José do Belmonte - PE. [Monografia de Curso de Especialização, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz].

Nunes, P. H. F. (2006). A influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. *Cuestiones constitucionales*, (15), 69-112.

Palmeira, P. A. & Santos, A. B. M. V. (2015). *Um olhar para a nossa cidade: condições de vida, insegurança alimentar e saúde da população do município de Cuité*. 1ed. EDUFPG.

Poulain, J. P. (2013). *Sociologia da obesidade*. Tradução: Cecília Prada. Editora Senac.

Raffestin, C. (1993). *Por uma geografia do poder*. Tradução Maria Cecília França. Editora Ática.

Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2011). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 8(3), 387-406.

Segall-Corrêa, A. M., Pérez- Escamilla, R., Maranhã, L. K., Sampaio M. F. A., Yuyuma, L. & Alencar, F. (2004). *Projeto: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento*

de coleta de informação. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas/Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; (Relatório Técnico).

Souza, M. J. L. D. (1995). *O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. Geografia: conceitos e temas.* Bertrand Brasil.

Teixeira, C. F., Paim, J. S., & Vilasbôas, A. L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Fundamentos da vigilância sanitária. Inf Epidemiol SUS*, 7:7-28.

World Health Organization (WHO) (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* (WHO Technical Report Series 894). 252. https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE COVID-19: VIVÊNCIAS DO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal, Izayana Pereira Feitosa, Tales Natan Freitas da Silva, Marcelo Antônio Nóbrega da Rocha, Rayssa Nayara Venâncio Bezerra, Ana Marcela Silva Ferreira, Rafaella Charllany Araújo de Menezes, Thays Cristina de Sousa, Thaíssa Machado Vasconcelos

Resumo

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Interprofissionalidade (PET-Saúde) tem como objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade por meio de ações que envolvem docentes das universidades, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde e educação. Este capítulo teve como objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelos integrantes do Eixo de Promoção de Saúde do PET-Saúde Interprofissionalidade Cuité/Nova Floresta, da Universidade Federal de Campina Grande, em dois momentos: antes e durante a pandemia da COVID-19. Utilizou-se como embasamento teórico referências provenientes da literatura e legislação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde. As ações foram desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio, na Escola Estadual Cidadã Integral Técnica Jornalista José Itamar da Rocha Cândido (ECIT) e no CAPsi Enfermeira Leneide Farias Pereira, no município de Cuité, e versaram sobre temáticas de saúde mental. A experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade contribuiu para a equalização do conhecimento acerca da promoção em saúde, trabalho interprofissional e saúde mental. Além disso, possibilitou minimizar entre os integrantes do Pet-Saúde da UFCG, os desafios das atividades remotas e os sofrimentos provocados pelo distanciamento social devido à pandemia da COVID-19. Recomenda-se que estratégias semelhantes de integração de ensino e serviço sejam fortalecidas e ampliadas no Brasil, mesmo em tempos de pandemia. Programas desta magnitude revigoram o desejo de construir e vencer as incertezas de uma Educação em Saúde fragilizada.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) interprofissionalidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) busca promover a integração ensino-serviço-comunidade, com o propósito de aprimorar iniciativas de atenção à saúde, fortalecer e qualificar a formação profissional, e promover mudanças capazes de fortalecer o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2018).

O PET-Saúde envolve discentes, docentes universitários e profissionais integrantes de equipes de saúde do SUS. Além disso, utiliza como método a Educação Interprofissional (EIP), que consiste em uma intervenção na qual os membros de

mais de uma profissão aprendem juntos, interativamente, e promovem ações que buscam fortalecer a colaboração interprofissional, a saúde e o bem-estar de usuários dos serviços de saúde (Oliveira et al., 2017).

A psicologia social e a teoria da complexidade são apontadas como orientadoras para o desenvolvimento e a implementação da EIP (Sargeant, 2009; Thistlethwaite, 2013). O conceito de complexidade, proposto por Edgar Morin (2005), considera a incerteza e as contradições como parte da vida e da condição humana e, ao mesmo tempo, sugere a solidariedade e a ética como caminho para a religação dos seres. Ainda, defende que é necessário desenvolver um pensar complexo frente ao pensamento simplista e fragmentado.

Nessa perspectiva, o ano de 2020 foi um marco de incertezas e contradições provocadas pela ocorrência da Pandemia da COVID-19. Conseqüentemente, houve a suspensão das atividades presenciais do PET e logo foram lançados novos desafios em relação ao desenvolvimento das atividades do PET e a proposta de ofertar saúde e bem-estar para as pessoas envolvidas, sobretudo, promover ações em saúde mental em meio ao caos de acontecimentos mundiais.

Dentre inúmeros desafios, surgiram alguns questionamentos: como desenvolver atividades do PET a distância sem perder a integração do ensino-serviço-comunidade? Como manter os integrantes do PET motivados a continuar com o projeto em meio a uma pandemia? Como desenvolver ações de promoção à saúde mental em meio ao caos de acontecimentos mundiais?

O PET – saúde, ao atuar na perspectiva do EIP, contribui na formação de profissionais criativos, capazes de lidar com a complexidade do cuidar em saúde, assim como se revela uma potente estratégia de transformações de práticas e saberes no cotidiano do trabalho em saúde e na dinâmica do ensino nas academias. Ao utilizar o ensino como contínuo processo educativo, possibilita desconstruir a linearidade e ordem do pensamento, transformando-se em uma aprendizagem significativa, à medida que há um envolvimento de forma integral, com ideias, sentimentos, cultura e valores da sociedade e das profissões (Backes et al., 2012).

Neste relato de experiência, apresenta-se um exemplo exitoso do PET-Saúde Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande no desenvolvimento das atividades, em especial na Promoção da saúde mental em tempos de Pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em que se descrevem as vivências dos membros integrantes do eixo temático de Promoção em saúde do Pet-Saúde Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande Campus Cuité em tempos de COVID-19.

O município de Cuité é localizado na região do Curimataú Ocidental, no interior da Paraíba, com população estimada de 20.348 (IBGE, 2017). Atualmente,

a UFCG oferece os cursos de bacharelado em Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Licenciatura em Física, Licenciatura em Química, Licenciatura em Biologia e Licenciatura em Matemática. Os integrantes do projeto foram docentes do curso de Biologia, Farmácia, Enfermagem e Nutrição, discentes da área de saúde mental (Psicóloga e Enfermeira) da UFCG, além dos profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Enfermeira Leneide Farias Pereira, de uma Unidade Básica de Saúde da Família e gestoras de serviços do município de Cuité (PB).

Em 2020, ano do acontecimento da Pandemia da COVID-19, foram desenvolvidas ações de Promoção em Saúde, sobretudo em saúde mental, planejadas com base no projeto inicial do PET-Saúde Interprofissionalidade da UFCG Campus Cuité 2019/2020. Utilizou-se como instrumento de registro os relatórios mensais enviados para Coordenação geral do PET. Neste relato de experiência, apresentam-se as ações de promoção em saúde mental realizadas e experimentadas pelos integrantes do PET-Cuité. Destaca-se a exposição de produtos criados para a comunidade, desenvolvidos pelos alunos integrantes do projeto.

Uma forma de garantir o distanciamento social e os objetivos do PET-Saúde para o trabalho colaborativo e a educação interprofissional foi desenvolver ações com a população através de ferramentas online, mídias sociais, internet e rádio, a fim de assegurar a divulgação e realização de atividades. Nesse sentido, altera-se a forma de intervir e interagir com a população priorizando o uso dessas ferramentas online, para que o PET continuasse a promover, de maneira segura, atividades que contribuíssem para formação dos seus integrantes, bem como o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde, possibilitando a saúde por meio do respeito a todas as regras para prevenção da propagação do Coronavírus.

Dessa forma, o presente relato tem como objetivo descrever a atuação do GT (Grupo Tutorial) de promoção à saúde mental no decorrer do programa, nos períodos de antes e durante a pandemia causada pelo Coronavírus, avaliando as propostas de atividades que foram desenvolvidas. A população participante deste relato é composta por usuários da Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio, usuários do CAPSi e suas respectivas famílias, além de estudantes de escolas públicas do município de Cuité-PB.

O PET ANTES DA PANDEMIA

No ano de 2019, o Grupo de Trabalho do Eixo Promoção da Saúde teve como objetivo proporcionar ações de Promoção à Saúde Mental para comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio, localizada na Zona Urbana do município de Cuité – PB, tendo em vista as demandas de atendimentos e registros de problemas relacionados à saúde mental existentes nesse serviço. Assim, foi construído um planejamento das atividades, onde foi estabelecido que aconteceriam, previamente a cada atividade, reuniões de estudos sobre a temática a ser trabalhada com a comunidade, tais como: ansiedade

e suicídio. As ações eram desempenhadas, geralmente, a cada 15 dias, a partir de encontros de planejamento entre todos os membros do eixo, objetivando facilitar o desenvolvimento das atividades e estimular nas integrantes competências voltadas ao trabalho colaborativo interprofissional.

Na UBSF, foi iniciado o mapeamento do uso de medicamentos psicotrópicos em parceria com outro eixo temático do Projeto, que culminou em dois projetos de Trabalho de Conclusão de Curso. Além disso, foram realizadas rodas de conversas semanais, promovidas pelos estudantes do PET sobre diferentes temas da saúde no espaço da sala de espera.

Durante o planejamento das atividades, foi selecionado a Escola Estadual Cidadã Integral Técnica Jornalista José Itamar da Rocha Cândido (ECIT) para serem desenvolvidas as atividades desse GT. Nessa Escola, que atua com adolescentes estudantes do ensino médio com faixa etária de 14 a 18 anos, foram relatados casos de sofrimentos psíquicos e transtornos mentais entre os estudantes. Logo, todas as ações voltadas para este público abordaram temáticas da saúde mental, tais como: ansiedade, Bullying, depressão e prevenção ao suicídio. Os encontros aconteceram no próprio ambiente escolar e foram utilizadas rodas de conversas, exercícios físicos, mental e de relaxamento. Os temas trabalhados são apresentados a seguir:

Ação sobre Setembro Amarelo

A seguir, apresenta-se o plano de ação da atividade desenvolvida sobre o Setembro Amarelo:

1. Acolhimento:

- Os estudantes foram acolhidos no ginásio da escola pelos integrantes do PET com abraços e, sequencialmente, dirigiam-se a uma mesa para a escolha de um emoticon (figura ilustrativa) que representava a emoção sentida no dia, que fez parte, também, da dinâmica final;

- Após a escolha do emoticon, cada estudante recebeu um balão para a atividade inicial;

* Dinâmica do balão: cada pessoa presente (inclusive os integrantes do PET) estava com um balão, o qual representava a própria vida. Foi pedido que o indivíduo pressionasse o balão até o estouro. Após, o mediador da ação proporcionou uma reflexão acerca da dinâmica “balão” e a importância da preservação da vida, foi explicado sobre como uma ação tomada diante de uma decisão impulsiva e inconsequente pode ser definitiva.

2. Divisão de grupos: nesta atividade, participaram alunos divididos em cinco grupos, a fim de que o contato e atenção com cada um dos estudantes seja firmado para o início da conversa sobre a temática da ação. Em cada uma desses grupos, um estudante do PET e um preceptor conduziram a discussão. As tutoras do PET circulavam entre os grupos;

3. Momento de Discussão: todos os integrantes dos grupos menores retornam para o grande círculo, com intuito de aprofundar e compartilhar o que foi discutido sobre o tema Setembro Amarelo e valorização da vida. Ademais, neste momento foram abordados os mitos e as verdades sobre o suicídio e orientações sobre as ações de apoio à pessoa com pensamento suicida e familiares. Foi apresentada a Rede de Atenção Psicossocial do Município;

4. Finalização: foi apresentado um quadro com os emoticons mais escolhidos pelos estudantes onde, foram evidenciados os sentimentos mais prevalentes entre eles. Foi feita uma reflexão final sobre toda a dinâmica e a temática, além do acontecimento de partilha do sentimento de gratidão e colaboração de todos. Registros da atividade ver Figura 1.



Figura 1. Ação do Setembro Amarelo no ECIT, no Ginásio Poliesportivo do Campus Universitário do Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, 2019. Fonte: Arquivo pessoal Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal; Izayana Pereira Feitosa; Rafaella Charllany Araújo de Menezes; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra; Thays Cristina de Sousa.

Com o mesmo público, outras ações foram desenvolvidas com os temas bullying, ansiedade e relaxamento.

Ação com o tema Bullying

- Local: ECIT.

Explanação sobre o Programa de Educação Tutorial e os membros da equipe. Em seguida, houve uma apresentação teatral, com a colaboração dos alunos do Estágio Supervisionado I do curso de Enfermagem, que versou sobre os temas do bullying, preconceito e discriminação. Por fim, houve uma discussão mediada pelos preceptores e alunos extensionistas, com a significativa participação dos alunos da ECIT, conforme Figura 2.

O êxito dessas ações, provavelmente, se deu pelo bom planejamento e pela articulação dos membros atuantes do PET ao propiciar para o público um espaço de construção de conhecimento, diálogo e acolhimento.



Figura 2. atividade de partilha relacionada ao Bullying. ECIT. Fonte: Arquivo pessoal Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal; Izayana Pereira Feitosa; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra.

Ação com o tema ansiedade

- Local: ECIT



Figura 3. Roda de conversa e partilha acerca da ansiedade. Fonte: Arquivo pessoal Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal; Izayana Pereira Feitosa; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra.

Ação com o tema relaxamento antes do vestibular

- Local: ECIT.



Figura 4. Relaxamento através da massagem terapêutica e alongamento no período PRÉ-ENEM. ECIT. Fonte: Arquivo pessoal Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal; Izayana Pereira Feitosa; Rafaela Charllany Araújo de Menezes; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra; Thays Cristina de Sousa.

Atividades no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi)

Devido à reorganização de integrantes e à avaliação administrativa para o projeto PET-Saúde em Cuité, houve uma reorganização do serviço de referência e dos componentes do GT. Essa reorganização tornou o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) o espaço de ação do GT.

Uma das primeiras atividades realizadas pelos discentes no CAPSi foi acompanhar e auxiliar os profissionais do serviço nas atividades diárias, principalmente no âmbito das oficinas sensoriais, motoras, cognitivas, entre outras. Este primeiro contato foi de suma importância para inserir os estudantes de diversas áreas no ambiente de trabalho daquela unidade, dando espaço para que as relações entre estudante-estudante, estudante-profissional e estudante-comunidade fossem fortalecidas. Os estudantes, ao se inserir no ambiente do CAPSi, puderam perceber de forma prática a proposta interprofissional do PET-Saúde, onde a execução de um trabalho é a válvula propulsora para um desenvolvimento de um trabalho em equipe e para a formação profissional.

Segue registros fotográficos feitos pelos componentes das atividades realizadas no CAPSi:



Figura 5. Roda de conversa com usuários do CAPSi sobre acondicionamento de medicamentos e interações droga com nutriente e droga com droga. Fonte: Arquivo pessoal. Tales Natan Freitas da Silva; Marcelo Antônio Nóbrega da Rocha; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra; Ana Marcela Silva Ferreira; Rafaella Charllany Araújo de Menezes; Thays Cristina de Sousa; Thaissa Machado Vasconcelos.



Figura 6. Integrantes do PET realizando a limpeza do local para cultivo da horta. Fonte: arquivo pessoal Thaíssa Machado Vasconcelos; Tales Natan Freitas da Silva; Marcelo Antônio Nóbrega da Rocha; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra; Ana Marcela Silva Ferreira; Rafaella Charllany Araújo de Menezes; Thays Cristina de Sousa.

O PET DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Em março de 2020, com a suspensão das atividades presenciais na Universidade Federal de Campina Grande devido à pandemia global causada pelo surgimento do novo Coronavírus, as atividades presenciais do PET também foram suspensas no CAPSi, local de desenvolvimento das ações presenciais do eixo. No primeiro momento, houve um sentimento de insegurança, ansiedade e incerteza quanto à vida acadêmica, pessoal e de ações do PET. Afinal, a pandemia da COVID-19 tem sido apontada como o maior desafio sanitário do século XXI (Barreto et al, 2020), capaz de gerar diversos tipos de sentimentos na população mundial, provocados pela ruptura do cotidiano, distanciamento físico, adesão de novos hábitos, entre outras necessidades exigidas para o enfrentamento da Pandemia (Sousa et al, 2020).

Sendo assim, após o primeiro impacto, houve o início da aceitação do fato e tentativa de continuidade das atividades do PET. Dessa vez, de forma remota, adaptando-se às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), através de plataformas do tipo Instagram, Spotify Gsuite, YouTube e site oficial do Projeto, dentre outros.

Uma das primeiras atividades do eixo durante a Pandemia foi a construção e disponibilização de podcats voltados à saúde mental. A produção de áudio foi disponibilizada para a Rádio Comunitária de Cuité (PB), que atinge cerca de 70 cidades. Os temas dos podcast produzidos pelo eixo relacionados à Promoção da Saúde Mental foram: “Sono e ansiedade na pandemia”, disponível na plataforma Spotify <https://open.spotify.com/episode/0hlgvJS0sG1IZ5pr1koEz4?si=2wamgxnN-QZCW9KdMXqmx2>; “Aspectos psicossociais na sociedade pós pandêmica”, (<https://>

open.spotify.com/episode/1sgh0fIKd9j2KUIvH3Gd8b?si=r_eyZoDxQsCTk-a_l-qdCg).

Além de atividades voltadas para a comunidade, houve uma preocupação do GT em desenvolver atividades de Promoção à Saúde Mental para os membros integrantes do eixo. Nessa perspectiva, foram realizados encontros virtuais entre os integrantes do GT, a fim de minimizar o impacto da situação atual. Nesses encontros foram debatidos assuntos sobre saúde mental em tempos de pandemia e promovidos exercícios físicos e de ginástica cerebral, jogos interativos e momentos de partilha e acolhimento dos anseios e das angústias experimentadas pelo momento da Pandemia e do Isolamento Social. Por meio dessas reuniões, além da oferta de promoção da saúde mental, foi possível fortalecer a interação e o vínculo do grupo, mesmo em práticas executadas à distância.

Apresentar-se-á em seguida algumas dinâmicas realizadas nos encontros.

1º Encontro virtual com o Grupo do PET: Tema: Aprendendo a Sobreviver em tempos de Pandemia - Objetivo: Flexibilidade mental – Agilidade de Raciocínio e memorização.

Dinâmica para flexibilidade mental – Possíveis funções (exercitando o cérebro): apresentar objetos ao grupo e solicitar que os participantes mencionem diferentes funções para cada objeto.

- Massa de modelar; Plástico bolha; Garrote; Absorvente; Celular; outro objeto que pode ajudar neste momento de pandemia.

Dinâmica final: envio da imagem do Star Wars – reflexão sobre o uso de máscaras.

2º Encontro virtual com o Grupo do PET: Tema: Aprendendo a Sobreviver em tempos de Pandemia

- Objetivo: Flexibilidade mental – Agilidade de raciocínio e memorização.

1. Boa noite PET: momento de fala e escuta sobre o lado bom do Isolamento Social e da Pandemia;

2. Introdução do tema: envio da imagem de uma legenda do filme de “O menino e o vento”, e reflexão sobre a mensagem: “Não importa o que a vida fez de você, mas o que você faz com o que a vida fez de você”.

3. Apresentação da imagem construída pelo grupo para ser utilizado com as crianças. Objetivo: apontar quais os filmes ou desenhos animados existentes na imagem.

4. Dinâmica “Qual é a música (memória auditiva e afetiva)?”:

a. apresentar músicas tocadas em Caixinhas de músicas e solicitar que os participantes mencionaram o nome da música. (Let it Be; Can't help falling in love);

b. atividades para casa e sugestões para brincar com as crianças e idosos:

buscar alguma estratégia, se possível, para cuidar de si. (meditação, exercícios de respiração, skincare, escrever uma carta para si).



Figura 7. Ilustração com diversos personagens utilizada como atividade lúdica para trabalhar a memória das crianças. Fonte: Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal; Izayana Pereira Feitosa; Tales Natan Freitas da Silva; Marcelo Antônio Nóbrega da Rocha; Rayssa Nayara Venâncio Bezerra; Ana Marcela Silva Ferreira; Rafaella Charllany Araújo de Menezes; Thays Cristina de Sousa.

Nos meses seguintes, o eixo de Promoção da Saúde juntamente com a coordenação do PET trabalhou acerca da informação sobre a Pandemia e a Saúde Mental. Portanto, no mês de agosto foi produzido um vídeo sobre o atendimento psicológico online ofertado pela psicóloga do campus de Cuité e, no mês de setembro de 2020, foram produzidos folders para a campanha mundial do “Setembro Amarelo”. Os vídeos e as imagens construídas pelo grupo foram publicados no perfil oficial do PET e página da UFCG. Além disso, houve a publicação do podcast com a participação da Psicóloga, coordenadora do CAPSi no município de Cuité (PB) e atuante no PET-Saúde enquanto preceptora.

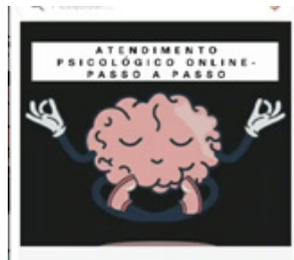


Figura 8. Vídeo sobre o atendimento psicológico ONLINE para estudantes, professores e técnicos do CES no perfil do Instagram do PET Saúde-Interprofissionalidade Campus Cuité. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CDjkOlvBpZK/>.



Figura 9. Postagem sobre o Setembro Amarelo no perfil do Instagram do PET Saúde-Interprofissionalidade Campus Cuité. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CFkYvyhp5E/>.



Figura 10. Postagem sobre o Centro de valorização da Vida (CVV) no perfil do Instagram do PET Saúde - Interprofissionalidade Campus Cuité. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CFu4pzthReO/?utm_source=ig_web_copy_link.



Figura 11. Postagem sobre dicas de manutenção na preservação da saúde mental no perfil do Instagram do PET Saúde-Interprofissionalidade Campus Cuité. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CFxjy4Xh-rU/>.

Ao final de 2020, entre os meses de outubro e novembro, o GT trabalhou com a temática Autismo, uma vez que há uma predominância de casos entre as crianças usuárias do CAPSi. Houve uma explanação sobre o tema proporcionado pela preceptora do serviço; apresentação dos estudantes acerca da contribuição das profissões (Farmácia, Enfermagem, Nutrição e Biologia) para a terapêutica e o cuidado as pessoas com autismo. Consoante a isso, foram oferecidas propostas de atividades a serem trabalhadas de forma virtual para pessoas com autismo e a família. As atividades buscavam atender às necessidades de interação e terapêutica dos usuários em suas próprias residências. Formou-se um grupo no WhatsApp com a participação dos membros do PET, usuários do CAPSi e familiares. De acordo com relatos das mães das crianças com autismo, expostas no grupo, por meio de vídeos e mensagens, as oficinas e atividades oferecidas pelo PET ajudaram a promover momentos de descontração para seus filhos que estavam presencialmente afastados das atividades do CAPSi, devido à pandemia.



Figura 12. Imagem do vídeo sobre uma história interativa postada no canal do Youtube do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=MKt-dyhNxfHg&feature=youtu.be&ab_channel=PetsaudePromo%C3%A7%C3%A3oasa%C3%BAde.



Figura 13. Oficina de montagem de história com a família. Disponível em: <https://www.inspiradospeloautismo.com.br/wp-content/uploads/2016/09/ebook-fazendo-historia-para-imprimir.pdf>.

No mês de dezembro de 2020, o GT iniciou a proposta de realizar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no CAPSi. Foram apresentados alguns casos e foi definido o indivíduo e a família integrantes do CAPSi que serão empregados neste PTS. Atualmente, o Projeto se encontra na fase inicial, com o objetivo de continuidade para o ano 2021. Os encontros acontecerão virtualmente com a aceitação do processo pela família selecionada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos desenvolvidos pelos integrantes do Eixo de Promoção de Saúde do PET Interprofissionalidade Cuité/Nova Floresta aqui relatados demonstram que o objetivo primordial do PET de promover a integração ensino-serviço-comunidade, aprimorando iniciativas de atenção à saúde e a qualificação da formação profissional, foi satisfatoriamente alcançado. As ações planejadas e executadas pelos integrantes denotam que os trabalhos foram pautados em práticas colaborativas e que os estudantes, sejam da área da saúde ou da educação, conduziram as atividades propostas com muita autonomia, responsabilidade e criatividade.

As atividades desenvolvidas antes da pandemia foram executadas de forma presencial e contaram com a adesão de alunos de escolas públicas e usuários dos serviços. De uma forma geral, foram conduzidas como planejadas no início da vigência do projeto. Contudo, com o avanço da pandemia e a suspensão das atividades presenciais, alunos, tutores e preceptores precisaram se adequar às demandas de um novo cenário permeado por muitas dúvidas, medo e insegurança. A necessidade de realizar as atividades de forma remota para seguirmos os protocolos sanitários exigiu flexibilidade e, acima de tudo, o compromisso em dar continuidade às atividades propostas usando agora ferramentas até então desconhecidas por muitos. O uso das tecnologias viabilizou a execução dos trabalhos e garantiu que os conteúdos produzidos fossem acessados por muitas outras pessoas que não somente os participantes das ações desenvolvidas antes da pandemia. O uso das redes sociais, bem como a parceria com a rádio local da cidade de Cuité permitiu a divulgação dos conhecimentos produzidos à população geral e da promoção da interlocução com outros atores não prevista na proposta inicial dessa proposta.

As atividades desenvolvidas demonstram a potência de propostas baseadas no modelo da educação interprofissional e práticas colaborativas. A superação do paradigma do “tribalismo das profissões” e a organização de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar constitui o resultado mais significativo. Assim, considera-se que ações dessa natureza são efetivas e eficazes no que tange à promoção de saúde, notadamente no âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. G. S; Teston, E. F; Medeiros, A. A. (2019). A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde em Debate*, 43, 97-105.
- Backes, D. S., Grando, M. K., Gracioli, M. D. S. A., Pereira, A. D. A., Colomé, J. S., & Gehlen, M. H. (2012). Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 16(3), 597-602.

Barreto, M. L., Barros, A. J. D. D., Carvalho, M. S., Codeço, C. T., Hallal, P. R. C., Medronho, R. D. A., ... & Werneck, G. L. (2020). O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23:e200032.

Contaço de histórias: 7 dicas para incluir alunos com autismo. Inclutopia.08 de outubro 2019. <https://www.inclutopia.com.br//contacao-de-historias-7-dicas-para-incluir-alunos-com-autismo/>

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2018) *Edital n. 10, 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. PET-Saúde Interprofissionalidade. 2018/2019.* <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/07/2018&jornal=530&pagina=78>

Santos M.M.D.; Néto O.B.D.S; Pedrosa J.I.D.S; Vilarinho L.S. (2015). PET-saúde: uma experiência potencialmente transformadora. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 19 (Supl. 1), 893-901.

Sargeant, J. (2009). Theories to aid understanding and implementation of inter-professional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 178-184.

Sousa, A. R. D., Carvalho, E. S. D. S., Santana, T. D. S., Sousa, Á. F. L., Figueiredo, T. F. G., Escobar, O. J. V., & Pereira, Á. (2020). Sentimento e emoções de homens no enquadramento da doença Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3481-3491.

Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, 46(1), 58-70.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, NO CONTEXTO DO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: A SAÚDE COMEÇA COM UM SORRISO

Ana Luiza Marinho Leite, Evandro Rogério da Silva, Gabrielli Soares Lima, Lauanna Giselly dos Santos Oliveira, Lucas Luan de Medeiros Santos, Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa, Maria Vivia Casado Marques, Patrícia Lima Araújo, Acácia Barros Fernandes Dutra, Cândida Mirna de Souza Alves Alencar, Gabriela Lucas Pedro de Lucena Bezerra, Lívio Ian de Souza Cavalcante, Deborah Dornellas Ramos, Francinalva Dantas de Medeiros

Resumo

O eixo de Educação Popular em Saúde do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde) Interprofissionalidade foi composto por oito estudantes dos cursos de Biologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição; quatro preceptores(as), com formação em Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Biologia; e duas tutoras, com formação em Farmácia e Psicologia. Atuamos desde abril de 2019 no município de Nova Floresta-PB, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) I, e no Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Diante do exposto, o presente capítulo tem como objetivo trazer o relato de experiências do grupo de trabalho em Educação Popular em Saúde, na perspectiva do processo formativo da interprofissionalidade, considerando a importância da participação ativa e coletiva dos atores: comunidade, profissionais de saúde e universidade, no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o projeto, várias ações com temas e objetivos diferentes foram construídos com e para a comunidade. Essas experiências no PET-saúde trouxeram impactos positivos na formação dos(as) estudantes, no processo de maior integração comunidade – serviços de saúde – universidade, e nas discussões sobre as estruturas curriculares do campus e a importância de se pautar a interprofissionalidade de forma constante. Além do fortalecimento e enriquecimento de nossas práticas pedagógicas, muito afeto, motivações, ideias, amizades e o desejo de seguir com esses sonhos e realizações.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) interprofissionalidade tem proporcionado aos profissionais de saúde e estudantes um novo cenário de atuação no palco da vida real, em que todos são atores principais do processo de aprendizagem, cada ideia é respeitada e o roteirista sempre será a necessidade de fazer o novo. Nesse contexto, aprender com o outro se tornou indispensável no processo de modificação das velhas práticas assistenciais, fazendo possível trazer o que estava distante para o centro de um círculo e apreciar tudo aquilo que ele tem a nos apresentar, é dar voz às pessoas que por muitas vezes silenciaram por se sentirem menores que o todo, é dar vez e voz ao saber popular

em saúde, articulado às teorias da Educação Interprofissional (EIP).

O PET-Saúde Interprofissionalidade nos municípios de Cuité/PB e Nova Floresta/PB, junto à Universidade Federal de Campina Grande – campus Cuité, foi um programa que atuou conjuntamente aos serviços de saúde, com o intuito de promover os princípios da interprofissionalidade nas práticas em saúde, tanto entre os estudantes quanto os tutores e os profissionais que fizeram parte do programa, bem como oferecer aos usuários a oportunidade de acesso a um serviço em saúde compartilhado, no qual se destacou a importância atribuída à escuta e a valorização das contribuições e dos saberes dos atores da comunidade, com a educação continuada em saúde como horizonte.

A EIP foi definida por Reeves (2016) como uma proposta de atuação conjunta entre profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de proporcionar aos estudantes, e demais atores envolvidos, atributos e habilidades que contribuam para o desenvolvimento de competências fundamentais voltadas para a prática coletiva e colaborativa.

O programa foi desenvolvido como um grupo misto, contando com estudantes dos cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia e Nutrição, bem como com preceptores(as) de diferentes áreas de formação. Inicialmente, surgiram dificuldades, como a sintonização das visões que cada um trazia das suas diferentes formações acadêmicas e das práticas profissionais, para que, só então, pudéssemos compreender o que seria, de fato, uma proposta de prática interprofissional, considerando ainda, que essa deveria estar articulada à temática do nosso Grupo de Trabalho, que era a Educação Popular em Saúde (EPS).

Nessa perspectiva, o grupo buscou entender a origem e as intenções da EPS, em que:

Desde sua origem, por meio de vários movimentos e práticas comunitárias na década de 1970, a EPS configura-se em um privilegiado espaço de experimentação e consolidação de novas formas de atuação em saúde [...] a educação popular configura um trabalho social, no qual a atividade é orientada pelo diálogo, no compartilhamento de conhecimentos comprometidos com a transformação social, assentada em utopias como direitos iguais para todos, emancipação humana, social e material. (Cruz; Silva; Pulga; Machado; Brutscher, 2020).

Diante do exposto, o presente capítulo tem como objetivo trazer o relato de experiências do grupo de trabalho em Educação Popular em Saúde, na perspectiva do processo formativo da interprofissionalidade, considerando a importância da participação ativa e coletiva dos atores: comunidade, profissionais de saúde e universidade, no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

RELATO PET-SAÚDE E FORMAÇÃO ACADÊMICA NOS CURSOS DE BIOLOGIA, ENFERMAGEM, FARMÁCIA E NUTRIÇÃO

Com o início das atividades do PET-Saúde interprofissionalidade, muitos foram os questionamentos e incertezas acerca do programa e como seriam colocados em prática os conceitos oriundos da interprofissionalidade e da educação popular em saúde. Além disso, a maneira como seriam iniciadas as atividades nas Unidades de Saúde se tornou uma incógnita, no sentido de como poderíamos contribuir com os conhecimentos que havíamos adquirido, até então, na universidade. Nos deparamos ainda com outras preocupações relacionadas a como as ações do projeto seriam inseridas no cronograma preexistente de atividades da Unidade Básica de Saúde (UBS) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e ao modo como a comunidade receberia a novidade da nossa presença ali.

Nesse contexto, foram pensadas, inicialmente, as premissas que norteariam as ações do projeto, relacionadas, sobretudo, à qual seria nosso papel no serviço, à forma como seria apresentado o projeto e às suas primeiras iniciativas. Esse planejamento foi o primeiro passo para nos situar enquanto equipe, quando iniciamos nossa proposta de trabalho, a partir de uma perspectiva colaborativa, contemplando as diferentes concepções e contribuições dos integrantes. Além disso, esse processo exigiu que fizéssemos uma imersão na realidade do serviço de saúde e na comunidade, para que pudéssemos compreender, de fato, as suas demandas e necessidades, foi quando nos deparamos com um mundo novo, o qual nos proporcionou experiências e momentos enriquecedores, tanto como futuros profissionais quanto como pessoas.

Nas primeiras ações, concentramos o foco na temática norteadora do eixo e colocamos em prática nosso entendimento da educação popular, buscando sempre manter o hábito de planejar previamente as atividades e ações, como forma de garantir os aspectos da interprofissionalidade, acolhendo inteiramente as contribuições dos representantes das diferentes áreas de atuação contempladas no corpo discente do projeto.

No que tange às preocupações que tínhamos com relação às atividades e ações já previstas no calendário de saúde, tivemos a oportunidade de desempenhar atividades interdisciplinares e interprofissionais, além de planejar e executar ações independentes, visando à promoção da saúde na comunidade. Foram momentos muito significativos de interação com as(os) usuários, o que nos proporcionou experiências práticas bastante enriquecedoras na graduação.

As contribuições do PET-Saúde foram desde o contato com os(as) estudantes dos diferentes cursos, os(as) tutores(as) de diversas áreas e os(as) preceptores(as) inseridos(as) na atenção básica, até o diálogo com outros profissionais, prestadores de serviço e com a comunidade que compõe o cenário da UBSF I/NASF, e demais espaços onde o PET foi inserido na cidade. Isso proporcionou à nossa formação o desenvolvimento de uma série de competências, habilidades e aprendizados

que foram possibilitados pela relação ensino-serviço-comunidade proposta pelo projeto, favorecendo também a mudança de uma visão fragmentada de conhecimento que nos foi condicionada em todos os níveis de ensino.

Como exemplo temos a formação do nutricionista, que, em geral, tem como foco a preparação de futuros profissionais os quais possam atuar em diferentes áreas, mas, sobretudo, nas áreas clínica, esportiva e em tecnologia de alimentos. Contudo, no que se refere à estrutura curricular do curso de Nutrição do CES/UFCG, em momento algum da graduação é ofertada alguma disciplina ou atividade que articule esses conhecimentos específicos aos de outros cursos da área da saúde.

Barros et al. (2019) explicam que ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde visam a promover a saúde por métodos variados, buscando assegurar que a atenção e as práticas em saúde considerem os parâmetros das políticas de segurança alimentar e nutricional, favorecendo, assim, o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, incluindo, ainda, o suporte à gestação, à amamentação e ao desenvolvimento infantil, bem como a promoção da autonomia na escolha de alimentos.

Desse modo, o PET-saúde proporcionou uma visão mais complexa dos serviços de saúde, como, por exemplo, permitir que estudantes de Nutrição pudessem participar de aconselhamento familiar; fazer visitas domiciliares acompanhados da assistente social, da enfermeira e até mesmo uma nutricionista; contribuir com ações voltadas para saúde do homem; participar de atendimentos compartilhados; acompanhar pré-natal e puericultura; participar de ação relacionada à voz e ao câncer de boca; conhecer a (in)segurança alimentar na prática; compreender o adoecimento mental; entre outras ações e vivências.

É possível que se imagine que essas diversas atividades deveriam ser feitas por profissionais específicos de cada área, mas a grandeza do programa está justo nesse detalhe: na sua capacidade de mostrar que cada estudante ou profissional tem uma visão diferente sobre determinado assunto e pode contribuir de alguma forma, de modo que, quando se articulam todas as informações, é possível promover, como Reeves (2016) apontou, um atendimento mais completo aos usuários e um constante processo de ensino-aprendizagem para os integrantes do grupo.

Portanto, pode-se afirmar que a visão e a formação do futuro nutricionista é totalmente diferenciada após passar pelas experiências do PET-saúde, pela oportunidade de desenvolverem uma visão e por uma postura profissional mais ampla, mais colaborativa, sobretudo, no que tange ao planejamento, à discussão e à execução das ações em saúde, partindo de uma perspectiva de valorização das práticas interprofissionais nos serviços de saúde no geral, o que implica, inclusive, em partir de uma perspectiva mais didática e personalizada, visto que levam em consideração a importância da participação e das contribuições dos usuários dos serviços nesse processo.

Enquanto para o curso de Enfermagem, é compreendido que a mudança de

perspectiva no pensar e fazer dessa formação, considerando o campo da educação popular em saúde, contempla o resgate do sujeito como cidadão, participativo e consciente de sua condição de vida. Isso implica em propostas de ação voltadas ao diálogo e à intermediação de práticas e saberes que dele resulta (Alvim & Ferreira, 2007).

Pode-se dizer, portanto, que a enfermagem deixa o jaleco branco de lado para se vestir de comunidade, fazendo com que a equidade se torne evidente em todas as suas formas de cuidado, quebrando paradigmas estruturais que distanciam o usuário da participação ativa de todo os processos de assistência a qual ele se mantém envolvido. Derrubar paredes invisíveis se torna mais difícil que as visíveis, por serem as principais causas dos distanciamentos entre serviço/comunidade/universidade, considerando as dívidas históricas e culturais deixadas por uma tradição de assistência verticalizada.

Quando mencionamos diálogo no cuidar e no educar em enfermagem, nos permitimos um encontro com a teoria freireana, com o centro na discussão pedagógica da saúde. Em especial, chamamos à atenção aos princípios da dialogicidade, como exercício vivo de diálogo: transitividade da consciência, ingênua à crítica; pedagogia crítico reflexiva; transformação-ação; e educação dialógica. Essas concepções auxiliam a discussão sobre a intermediação de saberes e práticas presentes nas vivências e experiências dos grupos humanos, sejam eles profissionais ou populares (Alvim & Ferreira, 2007).

A articulação entre saberes e práticas durante a vivência e as experiências com usuários e profissionais de saúde, acadêmicos de Enfermagem, de outros cursos e o projeto como um todo, permitiu o desenvolvimento de uma prática colaborativa, fundamentada nos princípios da interprofissionalidade e nas contribuições da educação popular em saúde, considerando a cultura, as preferências e as demandas no planejamento e na execução de ações em saúde, mediante recursos, tais como: o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como, Musicoterapia e Tenda do conto, haja vista que possibilitaram a participação ativa dos sujeitos nas ações educativas. Isso posto, destaca-se que, para os acadêmicos do curso de Enfermagem, a experiência no PET-saúde mostrou que o ensinar e o saber em saúde vai para além das técnicas e teorias; é sobre respeito, reciprocidade, constante aprendizagem, humanização, empatia, confiança e esperança. É despertar reflexões, mudanças e proporcionar autonomia do saber pela pedagogia crítico-reflexiva.

“Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens, na criação de um mundo em que seja menos difícil amar” (Freire,2005).

O combustível que alimentava o trabalho se tornou os sorrisos estampados

no rosto dos frequentadores da UBS I e do NASF do município de Nova Floresta - PB. Poder abraçar o usuário de forma afetuosa, mesmo sem tocá-lo, e aprender a ouvir por meio da escuta ativa, leva-nos a ter certeza que a dedicação, mais que desgastante e cansativa, é prazerosa e gratificante.

A Enfermagem nos permite diariamente a renovação das nossas buscas diárias pelo cuidado integral às outras pessoas, sendo uma verdadeira ferramenta facilitadora dos desejos do contato com o ser. Nessa perspectiva, ressalta-se que o cuidar vai muito além da aplicação de técnicas frias e insensíveis; requer uma busca constante da ressignificação de antigas práticas e, nesse processo, permite o renascimento de novos profissionais que busquem, na sensibilidade, um mediador do contato com o outro, respeitando a integralidade do ser na assistência à saúde.

O progressivo aumento da complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade, com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, aponta para um novo perfil profissional que requer esse olhar para o usuário enquanto um ser integral, o que ressalta a importância da colaboração interprofissional no processo de atenção à saúde (Silva et al., 2015 apud Zwarebstein; Goldman & Reeves, 2009).

Trabalhar a Enfermagem de forma interprofissional se tornou, portanto, um grande desafio, haja vista que, na academia, o olhar lançado sobre os usuários dos serviços de saúde ainda é bastante individualizante. Nesse contexto, destacam-se as contribuições da EIP para a formação de profissionais do futuro, buscando romper as barreiras de ensino específico para ressaltar a relevância do aprender com e para a comunidade, mediante a vivência junto aos profissionais de saúde e à população.

Ainda sobre a formação com base nos princípios da interprofissionalidade, destaca-se que interagir e compartilhar conhecimentos com outros futuros profissionais no processo de aprendizagem nos permite ter um olhar mais amplo, que nos possibilita desenvolver uma prática de cuidado holístico, sistêmico, enxergando o usuário e a comunidade como um todo, e não apenas enquanto suas “partes” distintas.

Desse modo, as práticas vivenciadas no PET-saúde, para os estudantes de enfermagem, articulando a educação interprofissional e a educação popular em saúde, contribuiu para a formação de um futuro profissional de saúde mais humanizado e resolutivo, no que diz respeito à proatividade, à flexibilidade e à busca pelas alternativas de resolução de problemas frente à realidade do nosso SUS, capacitando-nos para tentar driblar as dificuldades diárias, contando com a prática colaborativa na equipe de saúde para atender às necessidades da comunidade.

A experiência para as estudantes do curso de licenciatura em Biologia, a princípio, foi um grande desafio, pois se fez necessária a familiarização com a realidade da atuação no contexto das unidades básicas de saúde, haja vista que, embora as Ciências Biológicas consistam na principal base para a constituição

dos conhecimentos da área de saúde, o foco do curso no campus de Cuité, tal como ocorre tradicionalmente nas licenciaturas, consiste na área de ensino e aprendizagem. Diante desse fato, procuramos concentrar a atenção nas nossas possibilidades de contribuição mediante o uso da didática, buscando promover a construção de conhecimentos, de forma ativa e recíproca, junto à comunidade. Quando simplesmente fazemos um grupo de pessoas sentarem e esperarem um certo conteúdo que, muitas vezes, é apresentado mediante uma linguagem mais complexa e difícil de ser compreendida, algum conhecimento prévio pode se fazer resistência ao conteúdo que poderia transformar o saber de um sujeito.

A interação e a troca de conhecimentos em nossas ações consistem, portanto, em aspectos fundamentais para essa transformação. Isso porque partimos do pressuposto que conhecer implica em transformar; o processo educacional que nada transforma, nega a si mesmo, haja vista que o conhecimento não nasce com o indivíduo, nem é, simplesmente, dado pelo meio social. O sujeito constrói seu conhecimento através da sua interação com o mundo. (Becker, 1984)

O PET-saúde foi um mediador de inúmeras vivências significativas para a formação de qualquer profissional, seja da área da saúde ou da educação. Ele possui um importante papel no crescimento pessoal e humanitário de cada um de seus integrantes, pois proporciona uma relação afetiva e empática com os profissionais e os usuários. Com o andamento do projeto, nós tivemos a oportunidade de ter contato com as mais diferentes pessoas que frequentavam o serviço; crianças, adultos e idosos, de diferentes culturas, costumes, denominações religiosas, formas de lidar com as situações, patologias, deficiências e classes sociais, por exemplo.

Como estudantes, esse foi um ponto primordial de contribuição que o PET-saúde nos proporcionou: aprender a lidar com todas as diferenças que encontramos entre as pessoas, conhecer realidades que não conseguiríamos alcançar em sala de aula, conseguir enxergar que, independentemente da área de atuação, é indispensável que profissionais tenham esse olhar mais amplo sobre a comunidade e os usuários, cujas vivências e conhecimentos são inúmeros frente aos nossos. Nesse contexto, a comunidade se beneficia, bem como os próprios discentes acabam desenvolvendo habilidades e abrindo a mente para um cenário criativo e humanizado. A população, por sua vez, passa a ser mais participativa, e todos acabam por desenvolver um maior senso crítico acerca da realidade. (Manchur, Suriani & Cunha, 2013).

Destaca-se que tantas ações, visitas, acompanhamentos e formações vivenciadas no decorrer do programa nos proporcionaram grandes aprendizados. Na área da Biologia, salienta-se a emergência de curiosidades e descobertas de aspectos da realidade da assistência em saúde pouco abordados no contexto acadêmico, dentre os quais se destacam o Programa Saúde na Escola (PSE) e as oportunidades de vivência rural, cujas ações foram planejadas e executadas com a participação, em caráter colaborativo, dos(as) estudantes, tutores(as) e preceptores(as) dos diferentes Grupos de Trabalho do programa. Ressalta-se, ainda, que a participação

das estudantes da licenciatura em Biologia nessas atividades foi bastante enriquecedora para suas formações, pois lhes permitiu a oportunidade de vivenciar ações diretamente relacionadas ao seu campo de atuação.

Para os(as) estudantes do curso de bacharelado em Farmácia, foi pontuado que antes de ingressar no PET-saúde já era sabido que estes passariam por experiências únicas e que aprenderiam com cada uma delas. As contribuições do PET-saúde para a nossa formação são grandes em valor e em número, sendo notórias, sobretudo, nas trocas oportunizadas pelos diferentes níveis de interação que foi possível experimentar; seja com a comunidade, seja com os(as) tutores(as), os(as) preceptores(as) e demais discentes do programa.

Nesse sentido, a divisão inicial das atividades do PET-saúde por eixos temáticos reuniu diversos estudantes, de diferentes áreas de formação, em diferentes grupos. A relação constante com os(as) discentes de outros cursos ampliou nosso panorama de possibilidades, bem como as nossas concepções sobre o trabalho em equipe, o que fez com que esse formato de interação nos proporcionasse uma grande troca de conhecimentos e, sobretudo, o desenvolvimento de habilidades colaborativas, as quais não teríamos tido a oportunidade de desenvolver no contexto universitário, considerando a formatação atual das estruturas curriculares dos nossos cursos de graduação, que nos distanciam tanto acadêmica quanto fisicamente.

As partilhas de conhecimentos e o planejamento de atividades em formato colaborativo nos proporcionou vivenciar a interdisciplinaridade e compreender sua importância para a efetivação das ações do projeto. Essa dinâmica valoriza a troca de saberes entre campos disciplinares distintos e a aprendizagem conjunta enquanto recursos para a formação de profissionais de saúde com uma visão mais sistêmica, sendo capazes de atuarem de forma proativa e colaborativa em equipes interdisciplinares (Raynaut & Zanoni, 2011).

No que concerne às vivências proporcionadas pela imersão nos serviços de saúde, diversas vezes nos deparamos com situações adversas na rotina dos serviços que colocam à prova os nossos saberes e nos impulsionam a ressignificar os conhecimentos adquiridos previamente, construindo novos. Além disso, muitas vezes eventos inesperados durante as atividades requerem iniciativa, rapidez de decisão e desventura para que as ações sejam realizadas a contento, com a qualidade que se espera para o serviço, o que traz uma dimensão da realidade do trabalho que não consegue ser contemplada por aquilo que está prescrito nos manuais e livros.

Assim, participar das atividades e acompanhar a rotina de trabalho dos(as) preceptores(as) nos permitiu compreender, na prática, a funcionalidade das unidades de saúde, nas diversas áreas e experiências, além de conhecer um pouco sobre a história e as demandas dos usuários atendidos. Nesse contexto, todo conhecimento partilhado pelos(as) preceptores(as) entorno de cada caso atendido pelo NASF e pela UBS I transformou nossa maneira de enxergar o serviço prestado

à comunidade e nos forneceu subsídios para elaborarmos as propostas de ação junto aos tutores e preceptores.

As demandas do serviço que, por vezes, vão além das possibilidades ofertadas aos profissionais e chegam a esgotar as suas capacidades, levam-nos a enxergar, na prática, uma realidade cuja complexidade excede, e muito, o que chega a ser discutido em sala de aula. A vivência dessas situações nos faz refletir sobre algumas limitações da nossa formação profissional e pessoal, bem como a desenvolver sensibilidade e empatia com relação às demandas sociais e de saúde da comunidade, conscientizando-nos sobre importância de contribuirmos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários através do nosso trabalho.

Ainda é observada uma formação um tanto engessada e restrita ao ambiente acadêmico, a qual nos distancia da realidade social de grande parte da população do nosso país, principalmente no caso de um campus de expansão do interior. Para o curso de farmácia, foi possível perceber a real dimensão do distanciamento - historicamente construído - que existe entre o profissional farmacêutico e a comunidade, o que se reflete na ausência desse profissional na composição das equipes dos diversos serviços e espaços da atenção básica. Felizmente, esse espaço, tão importante, vem pouco a pouco sendo reconquistado.

RELATO PRECEPTORAS(ES) - A IMPORTÂNCIA DA PRECEPTORIA NO FORTALECIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

A preceptoria em saúde tem a missão de fazer com que todos os envolvidos no processo de aprendizagem estejam aptos às constantes mudanças, reformulações e reestruturações de práticas da rotina de trabalho e formação profissional.

Nessa perspectiva, para Antunes (2016) a preceptoria se configura enquanto espaço de ensino e aprendizagem pautado no diálogo, tal relação deve perpassar pela ampliação da carga de conhecimentos trazidos das aprendizagens acadêmicas e da vida dos futuros profissionais e preceptores em encontro com a realidade dos serviços de saúde, bem como da roupagem que a comunidade veste essas relações.

Dessa maneira, dentre as vivências possibilitadas na preceptoria do PET-Saúde, observa-se, em um primeiro momento, a reaproximação dos serviços de saúde com a Universidade e o resgate do elo entre a academia, serviços de saúde e população, que pode ser estruturado a partir da presença de estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Biologia no cotidiano de atuação dos profissionais que atuam na atenção básica do município de Nova Floresta-PB, na Estratégia de Saúde da Família (ESF 1) e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Assim, a referida preceptoria permitiu a aprendizagem por meio do diálogo

verdadeiro entre estudantes, profissionais e comunidade. Para Freire (2007), a aprendizagem pautada no verdadeiro diálogo parte da realidade dos homens no seu mundo concreto, sendo mediatizado pelo pensar crítico promotor de uma reação consciente e solidária. Assim:

Não há um diálogo verdadeiro se não há em seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade. Este é um pensar que percebe a realidade como processo, que a capta em constante devenir e não como algo estático. Não se dicitomiza a si mesmo na ação. “Banha-se” permanentemente de temporalidade, cujos riscos não temem.

Opõe-se ao pensar ingênuo, que vê o “tempo histórico como um peso, como uma estratificação das aquisições e experiências do passado”, de que resulta dever ser o presente algo normalizado e bem comportado. (...) Para o pensar ingênuo, a meta é agarrar-se a este espaço garantido, ajustando a ele e, negando a temporalidade, negar-se a si mesmo. Somente o diálogo, que implica num pensar crítico, é capaz, também, de gerá-la. (Freire, 1987, p. 47).

Partindo do exposto, as vivências possibilitadas na preceptoria permitiram uma aprendizagem coletiva e colaborativa, bem como o desenvolvimento de uma escuta qualificada, mais humana, que enxerga o indivíduo como um todo e que entende que suas demandas de saúde vão muito além de suas queixas ou sintomas; demandas essas percebidas no diálogo.

O conceito de interprofissionalidade, que se relaciona com o de diálogo trazido pelo PET-saúde e exercitado na rotina dos serviços, permitiu o resgate de uma atuação profissional que rompe com o modelo biomédico e fragmentado do “fazer saúde”, substituindo-o por novas práticas e metodologias de construção compartilhada; e é vivenciada em reuniões de planejamento coletivo entre estudantes e profissionais, que tem por objetivo o diálogo com a comunidade na perspectiva de fazer saúde interprofissional, mediatizada pela educação popular.

O PET-saúde proporcionou, ainda, o fortalecimento da Atenção Básica do município, com o aprimoramento do cuidado integral, longitudinal e centrado no indivíduo. O eixo de educação popular em saúde atuou reconhecendo as necessidades e especificidades do território, as demandas reais da população – por meio da observação da rotina dentro dos serviços e escuta qualificada dos usuários e, a partir disso, desenvolveu-se um trabalho construído de forma colaborativa, interprofissional, com a valiosa contribuição dos usuários e famílias e o engajamento de diferentes atores da saúde – agentes comunitários, enfermeiros, médicos,

profissionais do NASF – os quais atuam na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que se propuseram a desenvolver habilidades e práticas compartilhadas, discutir as condutas terapêuticas e o cotidiano de trabalho, além de traçar metas em conjunto.

Diante dos bons resultados obtidos com o PET-saúde, surgiu a proposta de um curso de educação permanente voltado para o tema, visando a capacitar os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) para a atuação interprofissional. Por meio dessa estratégia, objetiva-se fortalecer os processos de cuidado na Atenção Básica, aprimorar os fluxos de referência e contrarreferência e estimular a utilização de instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), genograma e ecomapa, os quais são valiosas ferramentas para o cuidado centrado no paciente e em seu contexto. Uma vez fortalecida a atuação interprofissional, combate-se a lógica de cuidado fragmentado, fortalecendo a atenção holística e fugindo ao modelo biomédico.

Ainda, a perspectiva de um curso de educação permanente voltado para a interprofissionalidade trará benefícios a todos os envolvidos: capacitação profissional, otimização dos serviços e melhora dos indicadores de saúde do município.

O PET-SAÚDE E O CAMPUS DE CUITÉ

A participação no programa PET-Saúde foi um sonho coletivo de diversos professores(as) do campus Cuité, da UFCG, em desejo de discutir práticas de interprofissionalidade, de envolver vários docentes, de nos aproximar cada vez mais dos serviços de saúde e da comunidade, além de proporcionar esse espaço tão rico aos(as) estudantes.

O PET-Saúde proporcionou muitas transformações em nossas práticas e em nosso cotidiano, fortalecendo ainda mais os trabalhos conjuntos que aconteciam e nos trazendo vários frutos que irão permanecer vivos no campus.

O trabalho com grupos mistos, a aproximação dos cursos das áreas da saúde e das licenciaturas; a realização de eventos de diversas temáticas, com participação dos(as) trabalhadores(as) da saúde, comunidade, escolas públicas; a aproximação com grupos de outros campus da UFCG e de outras universidades; assim como o aprofundamento dos estudos em interprofissionalidade, a aproximação universidade e serviço de saúde, com aprendizagem a partir das partilhas, formação continuada, e discussão sobre as estruturas curriculares dos cursos.

RELATO DE AÇÕES DO PET-SAÚDE – EIXO EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O eixo de Educação Popular em Saúde do PET-saúde, foi composto por oito estudantes dos cursos de Biologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição; quatro preceptores(as), com formação em Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Biologia; e duas tutoras, com formação em Farmácia e Psicologia. Atuamos desde abril de

2019 no município de Nova Floresta-PB, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) I, e no Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Durante o projeto, várias ações foram construídas com e para a comunidade, como exemplo temos:

Ação com o Grupo dos Homens, realizada na UBSF I, com o tema Saúde da Voz, tivemos a participação da fonoaudióloga e do cirurgião-dentista. Participamos da atividade que já estava prevista no serviço de saúde, então nos reunimos e decidimos proporcionar um momento acolhedor, pois era nossa primeira vez junto à comunidade. Após as falas dos profissionais, apresentamo-nos e fizemos a dinâmica de abraçar a pessoa ao lado e, logo após, trabalhamos com músicas, o que proporcionou um momento de descontração, brincadeiras, participação dos usuários e muitas risadas. Essa ação foi de grande relevância, pois foi nosso primeiro encontro, sendo possível escutar e iniciar um vínculo com a comunidade, iniciando a construção e o fortalecimento dos afetos e vínculos. Nesses primeiros momentos atuamos conhecendo e sendo conhecidos.

Na ação com o Grupo das Gestantes da Unidade I do município de Nova Floresta, que aconteceu na UFCG - campus Cuité, contamos com a participação de profissionais da beleza que se prontificaram a ajudar no processo de cuidados estéticos com as grávidas. O momento teve início com o acolhimento proporcionado pelos(as) estudantes do referido eixo, por meio de técnicas de respiração e relaxamento. Em seguida, um mutirão da beleza foi se revezando para a produção das mulheres que ali estavam, com respeito e delicadeza, proporcionando apenas o que fosse aceito por elas e por seus parceiros; e, após estarem prontas, tiveram a oportunidade de fazer fotografias profissionais com dois fotógrafos que se dispuseram a participar da ação. Todos esses registros culminaram na formação de um álbum fotográfico que foi entregue a cada gestante que participou da ação, além de alguns outros brindes que foram arrecadados junto à comunidade. As gestantes fizeram lindos relatos sobre o que aquela tarde resultou na vida de cada uma, evidenciando a importância de momentos como esse para a valorização da mulher em uma fase de grande fragilidade emocional, garantindo a cada uma delas um momento de se enxergar enquanto potencialidade social fortalecendo sua autonomia em saúde mental, além de observar a universidade como parte desse processo.

Na ação sobre andropausa na UBS II, tema sugerido pelos participantes do Grupo de Homens da unidade, a partir da escuta e integração com os usuários, houve um momento de conversa com a psicóloga e enfermeiro sobre os aspectos clínicos dessa fase, depois, algumas sugestões de alimentos estimulantes e afrodisíacos com a nutricionista. Por fim, uma breve encenação sobre a vida do homem na andropausa, contracenada pelos(as) estudantes do eixo, em que houve a inversão nos papéis de gênero, as estudantes representaram os personagens masculinos, e os estudantes representaram os personagens femininos. O principal objetivo era perceber o cotidiano desses homens, tendo sido um momento muito produtivo, que trouxe muitas discussões, esclarecimentos de dúvidas, relatos de

experiências e descontração com todos que participaram, resultando no processo de fortalecimento da autonomia em saúde desses usuários.

A Feira Municipal de Saúde, promovida pela secretaria de saúde de Nova Floresta-PB, contou com a participação de todas as Unidades Básicas de Saúde e o NASF, em que cada uma trouxe um tema específico para trabalhar com a população. O eixo de Educação Popular em Saúde participou de dois grupos, uma tenda junto com os trabalhadores da saúde da UBS I, sobre o tema Fitoterapia, em que foi abordado o uso racional de plantas medicinais, formas de preparo e distribuição de sachês de chá para aqueles que visitassem a exposição. E outra tenda com os trabalhadores da saúde da UBS II, com o tema manobras de primeiros socorros, que são simples e úteis em caso de emergência, de modo que seja de conhecimento da população a maneira de agir. A Feira foi bastante integrativa entre os profissionais, estudantes e comunidade, com a participação ativa dos usuários, ressaltando a construção conjunta do processo de saúde da comunidade.

Uma das atividades construída pelas preceptoras são atividades na sala de espera para o atendimento com a assistente social e o fisioterapeuta do NASF, em que em um desses momentos foi utilizada a metodologia da Tenda do Conto, prática integrativa e complementar que visa a estimular a fala e o envolvimento com a comunidade. Os(as) usuários(as), que já haviam recebido o convite informativo, levaram objetos que lhe traziam alguma recordação ou significado especial e que eram acolhidos pelos demais, proporcionando, assim, uma troca coletiva. Outros usuários que chegaram procurando outros atendimentos pelo NASF participaram conosco, compartilhando suas vivências. Dessa forma, pudemos ouvir vários relatos que emocionaram a todos(as) presentes e a equipe de saúde pôde observar melhor algumas fragilidades de cada usuário e seu cotidiano, colaborando com o fortalecimento de vínculo entre serviço de saúde e indivíduos.

Ação com o Grupo dos Idosos para comemorar o Dia do Idoso foi realizada na associação São Vicente de Paula no município de Cuité-PB. Foi uma atividade construída conjuntamente com o eixo do PET de Práticas Integrativas e Complementares, em que foi realizada a prática de reflexologia, com massagem nas mãos para os(as) idosos(as), prática de fitoterapia com conversas e oferta de chás de plantas medicinais, além da prática de meditação. Cada usuário era livre para participar de quais e quantas atividades quisesse. Durante todas as práticas, foi realizada a escuta ativa sobre seu momento ou sua realidade, bem como sobre como eles se percebem no seu processo de saúde. A atividade foi encerrada com uma prática de dança, tendo sido muito gratificante ouvi-los(as) e colaborar com seu bem-estar.

A ação do Programa Saúde na Escola (PSE) foi realizada na escola de nível fundamental Senador Ruy Barbosa, em Nova Floresta-PB. Esse momento foi planejado e organizado em conjunto com o eixo PET de PIC, tendo como atividade principal uma gincana sobre a campanha de combate à dengue, com estudantes do 2º ao 5º ano da referida escola. Os(as) estudantes foram divididos em quatro grupos, em

que tiveram que realizar algumas tarefas simples, cada uma delas apresentando de diferentes formas cuidados básicos necessários para combater o mosquito da dengue, assim, exaltando a importância da campanha contra o mosquito. O objetivo principal foi aproximar serviço de saúde, universidade e os(as) estudantes da escola pública do município, a fim de que eles conheçam o SUS, sua importância e o papel dos universitários junto à comunidade.

O projeto Saúde na Rua foi idealizado pelos(as) estudantes do eixo Educação Popular em Saúde, com o apoio dos(as) preceptores(as) e tutores(as) e participação de toda a equipe da UBS I e NASF. O objetivo principal foi uma maior integração entre todos os atores do PET-saúde, colocando os usuários como protagonistas, de uma forma mais descontraída e dinâmica. Na primeira ação do projeto, foi realizado um sarau, com o tema “Você Tem Fome de Quê?”, com músicas, poesias, conversas, espaço para as crianças, bingos e sorteios. Aproveitando a ação, realizamos também ações do Novembro Azul, em que foram realizados pelo médico da unidade testes rápidos com os homens.

Sendo assim, o PET-saúde veio proporcionar, no âmbito dos saberes profissionais, uma nova prática voltada às aprendizagens coletivas. Isso repercutiu no conceito de interprofissionalidade, pois rebate na prática individual de cada profissão, prática a qual passa a ser não mais isolada, despertando outras competências que auxiliam no cuidado humanizado, participativo, colaborativo e de democratização dos serviços de saúde. O eixo de Educação Popular em Saúde veio para conduzir um processo em que os usuários dos serviços de saúde passaram a fazer parte destes espaços, protagonistas de sua história naqueles serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, observamos o quanto o PET-saúde trouxe impactos positivos na formação dos(as) estudantes, no processo de maior integração comunidade - serviços de saúde – universidade, e nas discussões sobre as estruturas curriculares do campus e a importância de se pautar a interprofissionalidade de forma constante.

O PET-saúde trouxe aos integrantes, além do fortalecimento e enriquecimento de nossas práticas pedagógicas, muito afeto, motivações, ideias, amizades e o desejo de seguir com esses sonhos e realizações.

REFERÊNCIAS

Antunes, J. M. (2016) *A PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: o aprender e o ensinar no cotidiano do Sistema Único de Saúde*. [Dissertação de Mestrado Profissional, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa].

Barros, D. M. et al. (2019) A atuação e importância do nutricionista no âmbito da

saúde pública. *Brazilian Journal of Development*. 5(10), 17715-17728.

Carneiro, P. J. S.; Silva, M. R. F.; Pulga, V. L.; Machado, A. M. B.; Brutscher, V. J. (2020) Educação Popular em Saúde: concepção para o agir crítico ante os desafios da década de 2020. *Revista Educação Popular*. Uberlândia, 6-28.

Raynaut, C.; Zanoni, M. Reflexões sobre os princípios de uma prática interdisciplinar na pesquisa e no ensino superior. In: Philippi, J. A., Neto, A. J. S., editores. (2011) *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação*. Manole.

Reeves, S. (2016) Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*. 20 (56), 185-197.

Freire, P. (2005) *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra, 42.^a edição.

Alvim, N. A. T.; Ferreira, M. A. (2007) Perspectiva Problematicadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [online], 16(2), 315-319.

Silva, J. A. M. et al. (2015) Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (no.spe2) 16-24.

PREVENÇÃO E COMBATE AO *Aedes aegypti* NO CAPS-II DA CIDADE DE CUITÉ- PB

*Joana Larissa Vicente da Silva, Nathiane Thaís Silva, Angélica Lira Araújo,
Edna Araújo Dantas, Fillipe de Oliveira Pereira*

Resumo

Aedes aegypti é um mosquito vetor das doenças dengue, Zika e Chikungunya. É considerada a virose mais importante transmitida por artrópodes e distribuída mundialmente, acometendo cerca de 50 milhões de pessoas e causa, em média, 24 mil óbitos por ano, constituindo um sério problema de saúde pública nas regiões tropicais e subtropicais. A Chikungunya, assim como a dengue, e por terem em comum o mesmo vetor, também apresenta caráter epidêmico e possui uma alta taxa de morbidade associada à artralgia persistente (dor nas juntas), tendo como consequência disso a redução da produtividade e da qualidade de vida. Já a febre Zika, por sua vez, começou a circular no Brasil no ano de 2015 e logo se tornou preocupante para a saúde pública do país, já que com a sua chegada também houve um surto de casos de crianças nascidas com microcefalia, que é a condição em que os bebês possuem a cabeça menor do que a de outras crianças da sua idade. Levando em consideração essa problemática, o grupo tutorial gestão em saúde do PET-saúde e interprofissionalidade desenvolveu uma oficina de prevenção e combate ao *Aedes aegypti* no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) Sebastião Paulo de Sousa, da cidade de Cuité, na Paraíba. O presente trabalho se trata de um relato de experiência sobre estas atividades que foram realizadas durante todo o mês de agosto de 2019, divididas em três: Atividade 1: Doenças causadas pelo *Aedes aegypti* e seus principais sintomas; Atividade 2: Formas de prevenção e combate ao *Aedes aegypti* e Atividade 3: Gincana CAPS contra *Aedes aegypti*.

INTRODUÇÃO

Aedes aegypti é um mosquito da ordem díptera que pode ser encontrado em todos os estados brasileiros, ele é o responsável pela transmissão dos patógenos causadores da Dengue, Chikungunya e Zika (Brasil, 2017).

O mosquito *A. aegypti* chegou no Brasil no período colonial, por meio de reservatórios de água dos navios negreiros que vinham para o país. A sua chegada trouxe um grande problema para a saúde pública, já que no início o mosquito *A. aegypti* era o principal vetor da febre amarela urbana. Em 1850, houve a primeira epidemia de febre amarela no país que atingiu cerca de um terço da população do Rio de Janeiro, mas, mediante medidas de combate à febre amarela, em que o principal alvo era o mosquito, o cientista Oswaldo Cruz conseguiu reduzir a incidência de casos no país no início do século XX, mas como a campanha de combate não foi realizada em todo o país, uma nova epidemia surgiu no início da

década de 20 (Brasil, 2016).

Segundo o Instituto Oswaldo Cruz, em 1955, tendo como principal foco o controle da febre amarela, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou uma grande campanha de combate ao mosquito que resultou na erradicação dele no Brasil e em outros países americanos. No entanto, o mosquito permaneceu presente em diversas outras áreas do continente e em 1970 o Brasil já registrava a presença do mosquito em suas principais cidades e hoje ele já é encontrado em todos os estados brasileiros (Magalhães, 2016).

Dados do Ministério da Saúde relatam que a primeira epidemia documentada da dengue no Brasil ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista – Roraima, com os sorotipos DENV-1 e DENV-4 do Dengue e, desde então, o Brasil vem sofrendo anualmente com a epidemia de dengue. Recentemente, também com os casos de febre Zika (primeiro caso relatado em 2015) e Chikungunya (primeiro caso relatado em 2014), todas transmitidas através do mosquito infectado do *A. aegypti*.

Dentre as doenças reemergentes, a Dengue é considerada a mais importante doença viral transmitida por artrópodes (mosquitos), assim sendo a arbovirose mais comum e distribuída no mundo (BRAGA e VALLE, 2007). Há quatro sorotipos de vírus da dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Um indivíduo pode ser infectado pelos 4 sorotipos da doença, mas a infecção por um sorotipo gera imunidade permanente para ele, (OPAS-2019) porém uma segunda infecção por qualquer outro sorotipo do vírus, é em sua maioria mais grave do que a primeira, independentemente do sorotipo. A dengue é classificada em: dengue clássica ou febre da dengue (FD) e dengue hemorrágica ou febre hemorrágica da dengue (FHD). Os principais sintomas da dengue clássica são: febre alta $>38,5$, dores musculares intensas, dor ao movimentar os olhos, mal estar, falta de apetite, dor de cabeça e manchas vermelhas pelo corpo, e, nesse caso, o indivíduo fica curado em no máximo 10 dias (Brasil, 2016). Já no caso da febre hemorrágica, como o próprio nome já diz, ela se caracteriza por hemorragias, febre alta, confusão mental, aumento do tamanho do fígado e, nos casos mais graves, o paciente pode entrar em choque hemorrágico (que é quando o indivíduo perde mais de 20% do sangue ou fluído corporal), sendo possível o paciente pode ir a óbito em um período de 12 a 24 horas. A dengue também pode ser assintomática e, segundo o Instituto Oswaldo Cruz, entre os infectados por algum dos quatro sorotipos do vírus da dengue, cerca de 20 a 50% serão assintomáticos.

De acordo com o Ministério da Saúde, de 2008 a 2019 foram notificados no Brasil 11,6 milhões de casos de Dengue, Zika e Chikungunya e foram confirmados 7.043 óbitos devido a essas doenças, onde a dengue concentrou 91% dos casos (10,6 milhões) e 91,2% dos óbitos (6.429). Em 2019, foram confirmados 840 óbitos por dengue no Brasil, sendo assim, o segundo ano com mais casos de óbitos desde 2008, ficando atrás apenas de 2015, onde foram registrados 986 óbitos por dengue.

A febre Chikungunya, doença viral que também é transmitida pelo *A. aegypti*,

foi identificada pela primeira vez no Brasil em 2014, os sintomas são parecidos com os da dengue, como: febre, cefaleia, dores articulares, náuseas e fadiga. O principal sintoma que a difere das outras arboviroses são as fortes dores nas articulações. A Chikungunya tem caráter epidêmico como as outras arboviroses e possui uma elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente (dor nas juntas), tendo como consequência disso a redução da produtividade e da qualidade de vida. Esse nome Chikungunya deriva de uma palavra do idioma swahili, que é uma das línguas faladas na Tanzânia e no norte de Moçambique, e significa “aqueles que se dobram”, descrevendo, assim, a aparência encurvada das primeiras pessoas que foram diagnosticadas com a doença na primeira epidemia documentada de Chikungunya no mundo, que aconteceu na Tanzânia entre 1952 e 1953 (Brasil, 2017).

O vírus Zika, de mesmo modo, tem como principal vetor o mosquito *A. aegypti*, mas também pode ser transmitido sexualmente e, segundo o Ministério da Saúde, (Brasil, 2020) é, até o momento, o único arbovírus transmitido por meio de relação sexual. O Zika vírus geralmente causa uma doença leve, com sintomas parecidos com os da dengue e Chikungunya, como: febre, dor de cabeça, manchas no corpo, e, no caso do Zika, vermelhidão nos olhos e até conjuntivite. A circulação do Zika vírus no Brasil foi confirmada em 2015, após um primeiro caso confirmado no estado da Bahia. A doença pelo Zika vírus apresenta uma maior preocupação em comparação aos vírus da dengue e da Chikungunya pelas complicações que ele pode causar, como a microcefalia, que é uma condição em que a cabeça do bebê é menor do que a de outras crianças da sua idade, ela acontece no útero e faz com o que o cérebro do bebê pare de crescer adequadamente (OPAS, 2017) e a Síndrome de Guillain Barré, que é uma doença autoimune. Ou seja, o próprio sistema imunológico do indivíduo começa a atacar parte do seu sistema nervoso, em que geralmente a pessoa apresenta fraqueza muscular, sendo principalmente os músculos peitorais os afetados, o que causa a dificuldade de respirar, redução ou ausência de reflexos e, em casos graves mais raros, levar a óbito.

Características do Mosquito

O *A. aegypti* é considerado um mosquito das grandes metrópoles, com maior incidência em regiões tropicais e subtropicais, ele foi ao longo dos anos passivamente disperso pelo homem, sendo comumente encontrado em áreas domiciliares e peridomiciliares, onde tem maior concentração de humanos, o que aumenta a sua oferta de alimento. Além disso, o mosquito tem comportamento doméstico e está adaptado ao comportamento do homem urbano (Natal, 2002).

O *A. aegypti* passa por 3 fases até chegar à forma de mosquito: ovo, larva, pupa e a forma alada, que é a sua fase adulta.

Da reprodução até a fase de mosquito

Ovo - após a copula, a fêmea precisa se alimentar de sangue humano para a maturação dos seus ovos, normalmente após o terceiro dia que ela se alimentou do sangue já se encontra apta para pôr os ovos. A partir disso, a fêmea passa a então procurar um local para realizar a desova que ocorre preferencialmente em criadouros com água limpa e parada: ela deposita os seus ovos próximos à lâmina d'água, mas não diretamente no líquido, isso acontece para que, quando o período chuvoso e quente chegue, o nível de água nos reservatórios que ovos foram depositados suba e, assim, os ovos eclodam em um clima propício para se desenvolverem. Ao entrar em contato com a água, os ovos eclodem em pouco menos de 30 minutos. Os ovos do *A. aegypti* podem resistir a longos períodos de seca – até 450 dias – até que o próximo período chuvoso e quente chegue e propicie o clima perfeito para a eclosão dos ovos (IOC, ?).

Larva – após a eclosão do ovo, o *A. aegypti* se torna larva, as larvas vivem na água e em condições favoráveis, ou seja, com alimentação (matéria orgânica presente no criadouro) e temperatura ideal (entre 25° C e 29° C) ela se converte em pupa em apenas 5 dias.

Pupas – as pupas não se alimentam, e é nessa fase que ocorre a metamorfose que marcará o início da fase adulta, esse estágio dura de 2 a 3 dias; é neste período que a pupa permanece na superfície da água, que é para facilitar o seu voo quando.

Adulto – essa é a fase alada do mosquito, e poucas horas após emergir da água do criadouro em que se encontrava ele já se encontra apto para copular e se renovar o ciclo de reprodução. O mosquito vive em média 30 dias, a fêmea do mosquito chega a colocar entre 150 e 200 a cada oviposição e pode dar origem a até 1500 mosquitos no decorrer de toda sua vida. Os ovos, por seu turno, são distribuídos por diversos criadouros, essa estratégia garante a dispersão e preservação da espécie, tendo-se como locais preferidos para a desova os criadouros com água limpa e parada: os mais comuns são caixas d'água destampadas ou mal fechadas, pneus, pratinhos de vasos de plantas, grandes depósitos para armazenamento de água, principalmente em regiões com dificuldades de abastecimento de água.

Aspectos Epidemiológicos

A dengue, Zika e Chikungunya são doenças virais que apresentam um grande crescimento em países tropicais e subtropicais, devido ao clima quente e úmido que favorece a proliferação do vetor, “múltiplos foram os fatores que estruturaram as condições ideais para o desenvolvimento, em território brasileiro, do mosquito vetor da doença e para a circulação do vírus em diversas regiões” (Ramos & Machado, 2014, p. 61).

Os principais fatores para o aumento de casos de Dengue no país são o crescimento desordenado da população urbana, a falta de saneamento básico, as situações precárias em que vivem a maioria das pessoas de baixa renda no país, o grande fluxo humano, o crescimento industrial e, como consequência, o

aumento de consumo de descartáveis, como copos, tampinhas de garrafas e outras embalagens que possam acumular água e servir de criadouro para o mosquito, etc.

Estratégias de controle do vetor *Aedes aegypti*

Há três principais estratégias de controle do vetor *A. aegypti*, são elas: biológica, química e mecânica, que é a estratégia que abordamos nas atividades realizadas.

Biológica – essa estratégia tem como base o uso de predadores em possíveis criadouros do mosquito como caixas d’água, toneis e objetos usados como reservatórios de água. Nessa situação, são depositados no recipiente peixes que se alimentam das larvas dos mosquitos ou larvas de outros mosquitos predadores, também são utilizadas bactérias que atuam como bioinseticidas e fungos. Recentemente outro controle biológico realizado foi a soltura de mosquitos machos estéreis geneticamente modificados que inviabilizam a reprodução (Martins, 2013; De Melo Santos et al. 2017).

Químico – caracteriza-se pelo uso de produtos químicos como inseticidas, que atingem tanto a fase de larva, que são os casos dos larvicidas, bastante usados no Brasil e feitos durante todo o ano através das visitas que os Agentes de Combate a Endemias (ACE’s) realizam nas casas das pessoas em busca de focos do mosquito, quanto na fase adulta (que são os adulticidas), sendo um exemplo bem conhecido o “carro do fumacê”. Apesar de popular o uso do adulticidas, é recomendado apenas em situações de emergências como epidemias e em locais estratégicos, como aeroportos e cemitérios, já que esse controle químico visa a apenas o combate ao mosquito em sua forma já alada, o que não é a maneira mais eficaz de combate. Nessa situação, também temos a resistência do mosquito ao inseticida que, quando usado indiscriminadamente, acaba por eliminar toda a população suscetível, selecionando apenas os resistentes, e então o inseticida perde a sua eficácia. O controle químico não deve ser a principal estratégia de controle do vetor, devendo atuar sempre como uma medida complementar de controle do *A. aegypti* (Zara, et al. 2016)

Mecânico – estratégia mais importante no combate do vetor, ela consiste na adoção de práticas que visem a eliminar tanto o vetor quanto os possíveis criadouros dele (lavando bem as caixas d’água e as mantendo bem fechadas, não deixando pneus velhos acumulando água parada e etc.), buscando, assim, reduzir o contato do mosquito com o homem (instalando telas nas janelas das casas etc.). O controle mecânico tem um papel fundamentalmente preventivo.

Práticas educativas e controle mecânico

Combater o *A. aegypti* já mostrou ser uma tarefa rotineira, os cuidados devem

ser tomados durante todo o ano e não apenas na época de ocorrência do mosquito devido às suas características biológicas de resistência. Sendo assim, instruir a população através da educação sobre os riscos que o mosquito causa e o papel fundamental dela na prevenção a isso é um dos principais objetivos da saúde pública atualmente, e as estratégias educativas são grandes aliadas nessa missão, sendo uma dessas estratégias o uso do lúdico que foi abordado nas nossas atividades.

[...] A ludicidade é uma necessidade do ser humano em qualquer idade e não pode ser vista apenas como diversão. O desenvolvimento do aspecto lúdico facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde mental, prepara para um estado interior fértil, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento (Santos, 1997, p 12).

Por meio da ludicidade podem ser criadas novas estratégias de cuidado e intervenção, colaborando com o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, estabelecendo a corresponsabilidade e participação coletiva, contribuindo ainda mais para a educação em saúde que é tão necessária nos dias atuais.

OBJETIVO GERAL

O presente capítulo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante a oficina “Prevenção e Combate ao Mosquito *Aedes aegypti*” no Centro de Atenção Psicossocial CAPS-II Sebastião Paulo de Sousa, da cidade de Cuité, na Paraíba. A oficina teve como propósito auxiliar os usuários do serviço a uma melhor compreensão das formas de prevenção e combate ao *A. aegypti* e do reconhecimento dos principais sintomas causados pelas doenças transmitidas pelo mosquito.

Local e População

O município de Cuité está situado na região centro-norte do Estado da Paraíba, Mesorregião do Agreste Paraibano e Microrregião do Curimataú Ocidental. Apresenta uma população de 19.978 e possui uma densidade demográfica de 26,93 hab./km², limita-se ao norte com o Estado do Rio Grande do Norte, leste com Cacimba de Dentro e Damião, sul com Sossego e Barra de Santa Rosa e oeste com Nova Floresta, Picuí, e Baraúnas (IBGE, 2010).

A oficina teve como cenário o CAPS-II, localizado na rua Antônio André da Silva, no bairro São José. O CAPS-II foi fundado no dia 4 de novembro de 2011 e é composto por uma equipe de 14 profissionais, entre eles: Médico psiquiatra,

Psicóloga, Assistente Social, Enfermeira, Pedagoga, Oficineiro, Porteiro, Cozinheira, Recepcionista e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG).

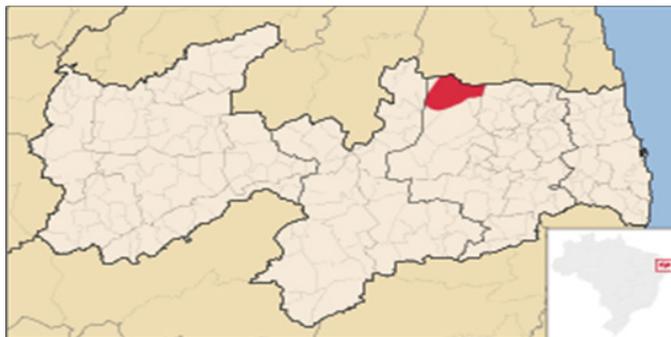


Figura 1. Localização do município de Cuité-PB. Fonte: Google imagens, 2020.

Atualmente, o serviço atende uma alta demanda de pacientes do município de Cuité e circunvizinhos, a faixa etária desses usuários é de 19 a 55 anos, que são em sua maioria homens. A dinâmica do CAPS-II ocorre da seguinte forma: os usuários ingressam no serviço às 8h da manhã e retornam para suas casas às 16h da tarde, durante todo esse período os mesmos participam de atividades que visam a contribuir com o seu desenvolvimento físico, cognitivo e social, são essas atividades de artesanato, dança, pintura, karaokê, educação em saúde, exercícios físicos, atividades referentes a datas comemorativas, etc. O CAPS-II oferece diversas atividades aos seus usuários e muitas dessas atividades contam com a contribuição da parceria existente entre o CAPS-II e os projetos do CES-UFCG que participam ativamente do dia a dia do serviço.

METODOLOGIA

Refere-se a um relato de experiência que busca descrever as atividades da oficina de “Prevenção e Combate ao *Aedes aegypti*”, desenvolvidas pelo grupo tutorial Gestão em Saúde do PET-Saúde e Interprofissionalidade do Centro de Educação e Saúde da UFCG, durante o mês de agosto de 2019, no Centro de Atenção Psicossocial- II Sebastião Paulo de Sousa, da cidade de Cuité, na Paraíba.

A oficina foi dividida em três atividades que ocorreram em dias distintos durante as últimas semanas do mês de agosto de 2019, após período de chuvas em Cuité, pois os casos de Dengue na região sempre aumentam durante essa época do ano. As reuniões de planejamento do CAPS-II juntamente com o PET Saúde Interprofissionalidade encaminharam a demanda de atividades com essa temática.

As atividades foram intituladas de (1): “Doenças causadas pelo *Aedes aegypti*

e os seus principais sintomas”; (2) “Formas de prevenção e combate ao *Aedes aegypti*”; e (3) gincana “CAPS contra o *Aedes aegypti*”. As oficinas foram planejadas e aplicadas pelos integrantes do Grupo Tutorial - Gestão em Saúde do PET-Saúde e Interprofissionalidade, e registradas em forma de ata e imagens fotográficas, conforme figura abaixo:

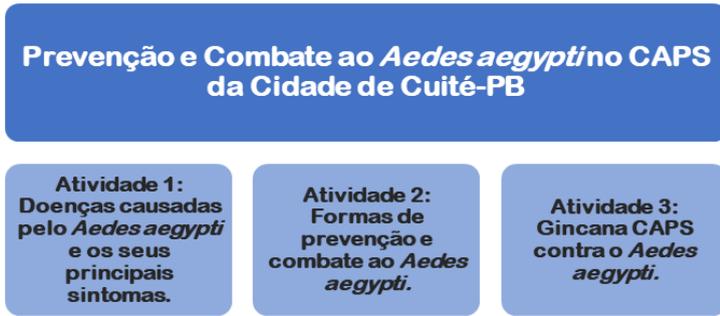


Figura 2. Oficina e atividades educativas para prevenção e combate à dengue no CAPS-II.

Atividade- 1: doenças causadas pelo *Aedes aegypti* e os seus principais sintomas

A primeira atividade foi conduzida por discentes dos cursos de Biologia, Enfermagem e Farmácia, segundo o roteiro abaixo:

1. Inicialmente, ocorreu uma conversa com os usuários para saber se algum deles já havia tido ou se conheciam alguém que tivesse sido acometido por alguma das doenças que podem ser transmitidas pelo mosquito *A. aegypti*, para que, assim, os usuários pudessem associar os conteúdos da oficina que vieram a ser aplicados posteriormente ao seu cotidiano, fazendo com que houvesse uma melhor compreensão dessas atividades.
2. Em seguida, foi explicado para eles as diferenças básicas existentes entre “mosquito da dengue”, como é comumente chamado o *A. aegypti*, e a “muriçoca”, inseto também pertencente à família Culicidae muito confundido com *A. aegypti* e presente em diversos ambientes, essa explicação que foi expositiva ocorreu por meio de imagens impressas dos mosquitos.
3. Logo em seguida, dialogamos sobre as diferenças entre os sintomas da Dengue, Zika e Chikungunya, doenças transmitidas pelo *A. aegypti*, e para a realização e melhor elucidação do diálogo, foram utilizados modelos didáticos de três bonecos que representavam pessoas com os sintomas de cada doença respectivamente, em que pontos vermelhos indicavam as pintas presentes entre os sintomas e os traços vermelhos representavam a febre e os demais sintomas que variam entre as doenças.
4. Para finalização da primeira atividade, foi realizada uma dinâmica de fixação na qual os condutores da atividade falaram afirmativas referentes aos temas discutidos anteriormente, e os usuários participantes escolheram entre

verdade ou mito para respondê-las.

5. Os materiais utilizados estão listados no quadro 1.

Quadro 1. Materiais utilizados nas atividades da oficina Prevenção e Combate ao *Aedes aegypti* no CAPS da Cidade de Cuité-PB

Atividade 1	Atividade 2	Atividade 3
› Notebook	› Notebook	› Garrafas
› Impressora	› Impressora	› Bacias
› Smartphone	› Smartphone	› Baldes
› Papel	› Papel	› Vasos de Plantas
› Papel Emborrachado	› Garrafas	› Pneus
› Tesoura	› Vaso de planta	› Smartphone
› Papelão	› Baldes	› Notebook
› Fita adesiva	› Bacias	› Lápis
	› Quadro magnético	› Papel
	› Imãs	› Fantasia de <i>Aedes aegypti</i>

Atividade - 2: Formas de Prevenção e Combate ao *Aedes aegypti*

A segunda atividade foi ministrada por discentes dos cursos de Biologia, Farmácia e Nutrição:

1. A atividade teve como diálogo iniciador as principais formas de proliferação do *A. aegypti*, e quais as atitudes devem ser tomadas para que essa proliferação seja evitada, as explicações feitas ocorreram por meio do método expositivo.

2. Foram mostradas imagens com calhas sujas, água parada em diferentes lugares e foram expostos também objetos como baldes, bacias, garrafas, vasos de planta, etc., presentes no dia a dia de muitas pessoas. Tais objetos, quando não utilizados, guardados e descartados de maneira correta, podem vir a se tornar verdadeiros berçários para o *A. aegypti*. Em seguida, foram explicadas as formas corretas de armazenar, limpar e descartar esses objetos para combater o mosquito.

3. Ao final da atividade, como fixação para o que já havia sido explicado, foi realizada uma dinâmica que consistiu em um jogo de sete erros, em que os usuários marcaram com um imã vermelho em uma das duas imagens coladas em um quadro magnético as atitudes incorretas que poderiam contribuir com o aumento da população do *A. aegypti* e, por consequência, o aumento no número de casos de Dengue, Zika e Chikungunya.

4. Os materiais utilizados estão listados no quadro 1.

Atividade - 3: CAPS Contra o *Aedes aegypti*

A terceira atividade foi conduzida pelos discentes dos cursos de Biologia, Enfermagem e Farmácia:

1. Como última atividade desenvolvida com os usuários dentro do serviço, os discentes do PET conduziram uma gincana de caça ao tesouro fundamentada em todo o conteúdo das atividades anteriores. Inicialmente, foram espalhados pelos discentes ao redor do CAPS-II objetos armazenados de maneira correta e incorreta, tendo-se como referência o foco do mosquito, como: garrafas guardadas e destampadas, com a boca para cima e para baixo, pneus com água dentro, pratinhos de vasos de plantas com e sem água, dentre outros.
2. Posteriormente, ocorreu um momento no qual os usuários foram orientados sobre as regras da gincana e divididos em duas equipes que tinham como objetivo procurar os objetos espalhados pelo recinto.
3. Em seguida, os usuários trouxeram os objetos encontrados até o local combinado para falar quais eram os objetos que estavam armazenados de maneira inadequada e poderiam agir como um possível foco do mosquito *A. aegypti* e quais objetos encontrados estavam postos da forma adequada a serem armazenados. A equipe que realizou a atividade em menor tempo foi considerada então a equipe vencedora da gincana.
4. Os materiais utilizados estão listados no quadro 1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática dos altos índices de contaminação de Dengue, Zika e Chikungunya é algo que ainda se faz muito presente no Brasil, por conta disso, é necessário que o poder público e os órgãos de saúde sempre se mantenham ativos, desenvolvendo medidas para proteger a população. Uma das medidas de maior eficiência para manter o controle do *A. aegypti* e diminuir a proliferação dessas doenças é desenvolver as ações de educação em saúde como as da oficina promovida pelos discentes do PET- Saúde e Interprofissionalidade.

A oficina foi elaborada durante as reuniões de planejamento do grupo tutorial Gestão em Saúde do PET, onde eram debatidas demandas do serviço e da comunidade que faz uso dele, e de que forma a equipe poderia trabalhar para tentar saná-las de maneira que a interprofissionalidade sempre estivesse presente. A abordagem interprofissional foi de extrema importância para toda a equipe e, sobretudo, para os discentes que puderam contribuir com a oficina a partir de sua área de atuação, porém sem se limitar aos papéis estereotipados que são muitas vezes dados às suas futuras profissões.

Durante o desenvolvimento da oficina, pode-se observar um grande interesse dos usuários pelo tema, alguns inclusive relataram que já obtiveram contato com as doenças ou que possuíam conhecidos que já foram infectados pelo mosquito. Além disso, durante a primeira atividade foi possível constatar algumas concepções prévias errôneas sobre as doenças e o seu vetor.

É por meio das tomadas de medidas básicas, como evitar o acúmulo de água parada, que o ciclo de vida do vetor é interrompido, onde a proliferação do *A. aegypti* é contida e isso deve ocorrer a partir da mobilização da sociedade em geral, que só irá tomar atitudes certas após ser instruída de maneira adequada mediante as ações de promoção a educação em saúde.

Além de uma grande participação dos usuários que se mantiveram empolgados com todas as atividades durante a oficina, foi perceptível também o surgimento de um vínculo de fortalecimento dos discentes que a aplicaram, pois, na prática, os discentes puderam observar a importância e complementariedade de cada área de formação e do trabalho interprofissional. Constatou-se, também, que mesmo ao passar dos dias do acontecimento da oficina os usuários se mantiveram atentos ao ambiente do serviço para impedir o surgimento de possíveis focos do *A. aegypti*.

REFERÊNCIAS

Braga, I. A.; Valle, D. (2007) *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 16 (2), 113-118.

Brasil. Centro Cultural do Ministério da Saúde. (2016) *Dengue a exposição 2016. Combate sem trégua*. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/peste-branca/dg-intro.php>.

Brasil. Ministério da saúde (2020). *Combate ao Aedes aegypti: prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika*. <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/combate-ao-aedes>,

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim (2020). *Óbito por arboviroses no Brasil, 2008 a 2009*. Epidemiológico, 51.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017) *Chikungunya: Manejo Clínico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica.

De Melo Santos et al. (2017) Tecnologias integradas para controle biológico, mecânico e genético de *Aedes aegypti*. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 28 (1), 58-63.

Fundação Oswaldo Cruz. (2020) *Exposição Dengue*. http://www.invivo.fiocruz.br/dengue/introducao_pt.htm.

Governo da Paraíba, N°05/2019. (2019) *Boletim Epidemiológico: Dengue, Febre de Chikungunya e Doença aguda pelo vírus Zika*. <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-05-arbovirosepdf>

Governo da Paraíba, N°05/2019. (2019) *Boletim Epidemiológico: Dengue, Febre de Chikungunya e Doença aguda pelo vírus Zika*. <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-05-arbovirosepdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) *Censo de 2010*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cuite/panorama>

Instituto Oswaldo Cruz. (2020) *O mosquito Aedes aegypti faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações*. <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>.

Instituto Oswaldo Cruz. (2020) *Conheça o comportamento do mosquito Aedes aegypti e entenda a razão que leva este pequeno inseto a ser taxado dessa forma*. <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/oportunista.html>.

Magalhães, R.C.S. (2016) *A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Editora FIOCRUZ.

Martins, L. M. A. (2013) *Alternativas para o controle biológico do agente transmissor da dengue-Aedes aegypti L*. Acervo da Iniciação Científica, 1.

Natal, D. 2002. Bioecologia do Aedes aegypti. *Biológico* 64(2):205- 207.

Organização Pan-Americana de Saúde. (2019) *Dengue e dengue grave: folha informativa*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5963:folha-informativa-dengue-e-dengue-grave&Itemid=812.

Organização Pan-Americana de Saúde. (2020) *Perguntas e respostas sobre o vírus zika e suas consequências*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5292:perguntas-e-respostas-sobre-o-virus-zika-e-suas-consequencias&Itemid=882

Ramos, R. R.; Machado, C. J. S. (2014) Uma análise espaço-temporal dos grupos de pesquisa do CNPQ: a dengue no Brasil. *Hygeia*, 10 (18): 58-70.

SANTOS, S. M. P. (1997) *O lúdico na formação do Educador*. 6. ed. Editora Vozes.

ZARA, A. L. S. A. et al. (2016) Estratégias de controle do Aedes aegypti: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 391-404.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO PET-SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA INTERPROFISSIONALIDADE

Alyne Mendonça Saraiva Nagashima, Caio Eduardo de Araujo Farias, Cayla Carolieva Fernandes Ferreira, Jessica Lima Costa, Ramilton Marinho Costa, Suzana Gabriely de Queiroz Bezerra

Resumo

O PET-Saúde interprofissionalidade é um programa que faz parte de um conjunto de atividades relacionadas ao plano nacional de inserção da educação interprofissional, tendo também como objetivo a aproximação do currículo acadêmico às realidades e às necessidades dos serviços de saúde. Vinculado à Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité-PB, o projeto se organizou por intermédio da divisão de seus integrantes em quatro grupos de trabalho (contendo tutores, estudantes e preceptores) em eixos temáticos. O eixo Práticas Integrativas e Complementares – PICs teve como espaço de atuação a Unidade de Saúde III- Elda Maria Rodrigues, mais conhecida por “PSF do Bocão”, no Município de Nova Floresta - PB. Este capítulo apresenta um relato de experiência acerca do planejamento, da execução, dos benefícios e das implicações de práticas integrativas no serviço de saúde. Ao longo do ano de 2019, foram ofertadas atividades de hipnoterapia e reflexologia podal para os profissionais de saúde e usuários da área. Os integrantes do projeto perceberam que a experiência nos cenários de atuação foi fundamental para a aquisição de novas relações, novos conhecimentos e a produção de novas subjetividades. Além disso, mostrou-se como uma grande ferramenta no processo de iniciação ao trabalho e de qualificação dos profissionais em atividade nos serviços de saúde do SUS, em formação e docência nos cursos de graduação nas áreas de Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Biologia e Sociologia. Assim, é possível inferir que o caminho oportunizado pela integração ensino-serviço-comunidade tem uma potência latente de transformação de saberes e fazeres, vivenciados em comunhão pelos diferentes atores envolvidos.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi sancionado no ano de 2005 e entrou em vigor no ano de 2008, com o objetivo de ser uma ferramenta para induzir modificações nos cursos de graduação e nas práticas de saúde. Para isso, utiliza-se e se promove a tríade ensino-serviço-comunidade como forma de integrar docentes, graduandos, profissionais da saúde e usuários em prol do desenvolvimento de atividades na rede de serviços de saúde. Cada edição do programa possui duração bienal e tem, como norteadoras, temáticas relacionadas às demandas existentes no Sistema Único de Saúde – SUS e relativas à formação profissional (França et al, 2018).

No ano de 2018, foi proposto, pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho

Interprofissional em Saúde, o 9º Edital do projeto PET-Saúde, nomeado como PET-Saúde/Interprofissionalidade. O programa faz parte de um conjunto de atividades nas linhas de ação do plano nacional para a implementação da Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, tendo sido apresentado em acordo ao posicionamento defendido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) desde o ano de 2016 (Brasil, 2018).

Ademais, de forma articulada, o projeto possui também como propósito viabilizar ações considerando o planejamento dos Programas de Saúde dos municípios, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo de saúde, promovendo transformações nos processos de conhecimentos, ensino-aprendizagem, prestação de serviços de saúde à população e fomentando os grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde. Além disso, a interação entre docência, discência, preceptoria e as demandas reais existentes nos serviços de saúde, tornam-se um ambiente fértil para produção de conhecimento e pesquisa na Instituição de Ensino Superior (Brasil, 2018).

O tema interprofissionalidade, adotado por esta edição do programa, busca promover nos serviços de saúde a integração e as mudanças de atuação de várias áreas da saúde, a exemplo da Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Farmácia, Biologia e Sociologia, de modo que o livre diálogo possa promover a construção de intervenções e conhecimento conjunto, sem anular ou diminuir as competências específicas e comuns, com viés colaborativo e de acordo com a complexidade das demandas de saúde da população e a estrutura de organização do sistema de saúde (Brasil, 2018).

O PET-Saúde/interprofissionalidade vinculado à Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, está organizado por meio de quatro eixos: 2 relacionados à saúde mental; 1 de educação popular em saúde; e 1 de práticas integrativas e complementares. Está constituído atualmente pela coordenação geral (1 docente do CES/UFPG); 8 tutores (professores efetivos da instituição); 16 preceptores, todos profissionais de saúde com atuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com formação de nível superior; e 32 estudantes, sendo 24 estudantes bolsistas e 8 estudantes não-bolsistas graduandos nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição ou Biologia do CES-UFPG. Os cenários escolhidos para realização das atividades práticas do projeto foram os serviços da Atenção Primária à Saúde dos municípios de Cuité e Nova Floresta-PB. Neste capítulo, serão abordadas as experiências do eixo de Práticas Integrativas e Complementares, que foram desenvolvidas no município de Nova Floresta-PB, tendo como principal objetivo relatar as vivências dos profissionais, tutores e estudantes no desenvolvimento da hipnoterapia e reflexologia podal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência dos discentes, preceptores e tutores sobre as atividades realizadas pela equipe do eixo práticas integrativas e complementares do PET-SAÚDE Interprofissionalidade. As atividades foram realizadas na Unidade de Saúde III - Elda Maria Rodrigues, mais conhecida por “Bocão”. Essa Unidade de Saúde conta com um total de 11 profissionais da saúde (6 ACS, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 recepcionista e 01 ASG), dividindo o espaço físico com outros profissionais pertencentes à vigilância em saúde (sanitária, ambiental e epidemiológica). Além disso, conta, quando necessário, com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre eles, o psicólogo, que desempenha a função de preceptor do projeto junto à enfermeira da unidade.

As atividades práticas tiveram início em abril de 2019, de acordo com o cronograma de disponibilidade da equipe, dos alunos do projeto e do funcionamento da Unidade de Saúde. Inicialmente, foi planejado desenvolver algumas práticas integrativas e complementares no ambiente da unidade de saúde.

Iniciamos as ações com a oferta da hipnoterapia, trabalho este que foi estruturado em sessões individuais e executada por um tutor do projeto com formação técnica na área, sendo esta especialização em hipnose clínica pela Sociedade de Hipnose do Estado de Pernambuco. A prática teve como público-alvo usuários e profissionais da unidade de saúde com demandas relacionadas à saúde mental.

Além da hipnose, também foram desenvolvidos atendimentos voltados à reflexologia, tanto para profissionais de saúde quanto para usuários. Os atendimentos da reflexologia podal foram organizados em sessões individuais e realizadas em uma sala reservada na unidade para tal atividade.

As atividades planejadas e executadas pelo PET-Saúde interprofissionalidade, eixo de Práticas Integrativas e Complementares, no Município de Nova Floresta – PB, objetivou, por meio da prática vivenciada, o compartilhamento de saberes entre diferentes áreas profissionais da saúde em nível de docência, discência e preceptoria, promovendo o diálogo com as demandas dos serviços de saúde e comunidade. Dessa forma, proporcionando a construção de um fazer e pensar saúde de modo coletivo e multiprofissional.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Hipnoterapia como prática integrativa e complementar: da universidade à comunidade

Hypnos: a hipnose em um campus universitário e em uma unidade de saúde

Oferecemos, em meados de setembro de 2019, a hipnoterapia na Unidade de Saúde Elda Maria Rodrigues, conhecida como o Bocão, no município de Nova

Floresta-PB.

Um dos tutores apresentava especialização em hipnose clínica e já desenvolvia o Projeto Hypnos no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, que tinha como principal objetivo a realização de vivências coletivas através de encontros, palestras, rodas de conversa e minicursos para estudantes da universidade e do ensino médio, atuando, principalmente no espaço da escola e no processo ensino-aprendizagem, utilizando as ferramentas da filosofia, da psicanálise, da neurociência, da Programação Neolinguística (PNL) e das técnicas de hipnose para estimular a discussão e tratar, de forma coletiva e individualizada (sessões de hipnoterapia), sofrimentos ligados à ansiedade, à depressão, a fobias, à dificuldade de concentração, ao foco e à procrastinação – muito comuns nas preocupações dos alunos nos diversos níveis de ensino.

Além disso, no Centro de Educação e Saúde, há algum tempo prosperava, principalmente através dos cursos de saúde e do setor de psicologia e assistência estudantil, vários projetos e várias atividades que buscam contemplar atividades integrativas complementares, inclusive com desenvolvimento arquitetônico de um espaço próprio no campus. Só na área de hipnoterapia, em 2018, foram realizados 57 atendimentos, entre maio e dezembro. Em 2019, o PET-Saúde Interprofissionalidade, de certa forma, abarcou e direcionou alguns desses projetos, adequando-os aos seus objetivos de integração com os serviços de saúde locais.

E, assim, o PET-Saúde abriu outras oportunidades de intercâmbio e vivências, bem como ampliou significativamente a abrangência dos projetos desenvolvidos no campus. Dessa forma, em 2019, decidimos levar atendimentos de hipnoterapia para a comunidade de Nova Floresta/PB.

Essa nova experiência foi possível pelo envolvimento em uma construção coletiva, possibilitada pelo PET-Saúde Interprofissionalidade. Recebemos a colaboração dos preceptores do projeto, uma vez que foram selecionados usuários vinculados à Unidade de Saúde, que já estavam sendo atendidos pelo psicólogo do NASF. Dessa forma, a hipnoterapia entraria como coadjuvante integrado nesse processo. A colaboração dos discentes também foi fundamental desde a seleção dos usuários até a recepção desses no dia agendado.

Embora não se possa separar essas diversas linhas e a influência na prática da hipnoterapia, para a experiência de atendimento na Unidade de Saúde em Nova Floresta fizemos a escolha pela hipnose conversacional, principalmente pela dificuldade em obter um espaço adequado para as formas mais aprofundadas de transe, que requer mobiliário específico: poltrona confortável ou divã e adereços simbólicos necessários a compor o clima requerido pela hipnose ritualista, além de maior silêncio e reserva do espaço escolhido.

Como o atendimento também era quinzenal, e a demanda era potencialmente alta, estipulamos cinco sessões por usuário, porém com sessões mais longas, de aproximadamente duas horas, concentradas no processo de conversa e escuta,

onde se buscava a ressignificação, modelagem, implantação de ancoras, utilização de metáforas, estórias, fábulas e mitos – a parte da escuta foi muito importante e decisiva nesse público em particular, geralmente excluído como sujeito da fala. As sessões eram finalizadas com protocolos mais aprofundados de transe, por meio dos quais se promovia limpezas simbólicas combinadas com sugestões positivas, além do reforço de ancoras positivas. Os casos atendidos versavam, principalmente sobre transtornos ansiosos, alimentares e/ou depressivos e que se adequam muito bem a essa modalidade de intervenção.

O pouco número de sessões por pacientes, além das características do espaço que dificultavam procedimentos mais elaborados de transe, principalmente em processos de ressignificação profundos e técnicas de regressão, foram os pontos mais críticos. O mais importante, contudo, é que essa demanda surgia dentro do serviço de saúde, imediatamente aglutinando preceptores, tutores e alunos envolvidos no PET-Saúde e os profissionais de saúde e paciente da unidade, tecendo-se um trabalho coletivo que rodeava, direcionava e motivava a atividade fim, que ocorria de forma individualizada, na sessão de hipnoterapia. No conjunto, a equipe de saúde do PET dava sustentação e possibilitava a integração da hipnoterapia com outras práticas e com o dia-a-dia na unidade.

Aspectos teóricos e práticos da hipnose como prática integrativa e complementar

Sabemos que dentro das Práticas Integrativas e Complementares, a hipnoterapia pode ajudar em processos terapêuticos, por meio de um conjunto de técnicas em cuja base se encontram processos sugestivos e de alterações da consciência, podendo ser utilizada no esporte, no estudo e na parte clínica, tratando, especialmente, dos aspectos comportamentais, emocionais e psicossomáticos: dores crônicas e fibromialgias, transtornos de personalidade, transtornos do sono-vigília, transtornos compulsivos, disfunções alimentares pânico, transtornos emocionais como depressão, ansiedade, fobias, etc. É possível, mediante a hipnoterapia, produzir mudanças internas necessárias à alteração da condição mental e física.

Para tanto, tomemos os exemplos da depressão, da ansiedade e do pânico. Em todos esses casos estão em jogo processos inconscientes e representações internas (visuais, auditivas, cinestésicas), geradas em experiências anteriores de vida, que acabam afetando o comportamento e experiências atuais com sintomatologias física ou emocional, mesmo sem a percepção dessa influência (Bandler, R. & Grinder, J. 1986).

Os sintomas da ansiedade, pânico ou depressão são atualizados com sucesso cada vez em que o inconsciente capta sinais externos e internos, reais ou fantasiados, capazes de destravar esses gatilhos. O que ocorre de forma flutuante, simbólica e associativa (metáforas e metonímias), mas com manifestações físicas bem precisas, uma vez que produz mudanças no ritmo respiratório, no fluxo de sangue no sistema digestivo, no sistema imunológico, no neocortex cerebral e

aciona o sistema nervoso autônomo com a produção bioquímica de neurotransmissores como adrenalina, noradrenalina, cortisol (Bandler, R. & Grinder, J. 1986).

Mas como atua a hipnoterapia nesses casos?

Em primeiro lugar, produzindo “artificialmente” um relaxamento físico e mental, capaz de transportar o paciente para uma situação de relaxamento e conforto, aproximando-o cada vez mais de experiências e sensações do presente.

Em segundo lugar, orientando uma imaginação interna agradável e confortável, promovendo alterações necessárias no estado mental, na fisiologia e nas representações internas. Algo parecido com uma limpeza, uma faxina interna bem feita, como aquelas que realizamos na nossa casa antes de trazer mobílias novas ou no nosso computador, para instalação de novos programas.

Em terceiro lugar, dessensibilizando, desarmando ou ressignificando gatilhos antigos e implantando novas ancoras que passam a funcionar como gatilhos para experiências e sensações mais agradáveis. A nossa plasticidade cerebral comporta a formação de novas redes neurais, promovendo novas rotas: pensamento – sentimento – comportamento. Isso é possível quando se associa estados diversos de relaxamento e de transe hipnótico com técnicas da Psicanálise, da Terapia Cognitivo Comportamental, da Hipnose Ericksoniana, da Programação Neolinguística, etc., podendo-se utilizar protocolos com base em modalidades e submodalidades, meta-padrão, meta-modelo, ancoragens, mitos e metáforas; a própria regressão de memória, que vai em direção ao incidente causador para ressignificá-lo desde a raiz.

Desafios e reflexões da experiência sobre a hipnose em uma unidade de saúde

O grande desafio da PICS é o de abrir espaço dentro de uma cultura e de um projeto hegemônico de medicalização das emoções, sentimentos e comportamentos, sob o qual se expressam formas mais ou menos sutis de controle, benéficas ao capital e à reprodução de uma sociedade de classes. Essa é uma luta política e de contra hegemonia, no sentido empregado por Gramsci (Gruppi, 1978). Uma disputa de saberes e projetos, que ao chegar mais perto dos espaços de vida e das relações de trabalho, torna-se resistência e possibilidade, ao mesmo tempo.

Ampliar as PICS é, de um lado, destravar oportunidades de classe, abrindo novas possibilidades de acolhimentos e abordagens terapêuticas voltadas para saúde psíquica e emocional dos trabalhadores, inclusive os do serviço de saúde; de outro lado, é vencer o desconhecimento e o preconceito que ronda estas práticas e a hipnose, em particular, presa ainda aos antigos estigmas e estereótipos.

O ambiente na atenção básica nem sempre está propício ao trabalho da hipnoterapia, somando-se o desconhecimento e o preconceito, estes são desafios e limites impostos, porém é incrível a forma como, na sua realização, passa a atrair a atenção, promover receptividade e propiciar a divulgação na comunidade.

Foi, enfim, uma experiência bastante significativa por vários aspectos, entre os quais, pela ampliação social das técnicas integrativas complementares para as populações mais desassistidas; permitindo-lhes se firmarem em um processo dialógico, como sujeitos da fala e partícipes ativos do próprio processo de mudança de significações, de afetos e compreensões da própria realidade interna e externa.

Reflexologia Podal

A política nacional de práticas integrativas e complementares fortaleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que contribui para a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde. Elas compreendem o ser humano como um todo e propõe-se a buscar o equilíbrio dos indivíduos nos fatores físico, mental, social e espiritual. Os profissionais da área da saúde prática acreditam que elas são de grande importância, uma vez que pode contribuir para os efeitos que o tratamento ocidental almeja, no entanto, a inserção das práticas no SUS acontece de forma lenta e gradativa, devido à ausência de profissionais capacitados para atuar, além do pouco conhecimento e falta de pesquisas na área (Daca & Silva, 2018).

Uma das práticas integrativas escolhida para realização de atividades durante esse primeiro ano do PET-Saúde foi a reflexologia. De acordo com Galetti, Guerrero e Beinotti (2015), essa técnica parte do princípio de que os pés e as mãos possuem terminações nervosas sensíveis à dor, chamadas de plexos nervosos, que apontam quais regiões, órgãos ou sistemas do corpo estão em desequilíbrio. Dessa forma, quando esses pontos específicos são estimulados, há, então, uma troca de informação entre os plexos nervosos e os órgãos interligados, que promovem o reestabelecimento de suas funções.

A escolha dessa prática ocorreu principalmente por se tratar de uma técnica de baixo custo e que vem sendo cada vez mais utilizada, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde. Após a escolha dessa prática, os integrantes da equipe receberam um minicurso de capacitação teórico-prático, onde foram realizadas orientações quanto aos principais conceitos, às indicações, às contraindicações, à execução da massagem e a outros pontos importantes, para que as atividades pudessem então ter início no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A reflexologia é uma terapia que complementa a medicina convencional e produz um estado de homeostasia e relaxamento, além de promover bem-estar, melhorar a circulação sanguínea e ajudar na limpeza de toxinas do corpo. Essa prática é indicada para o alívio de sintomas, como dores de cabeça, coluna, fígado, coração, ouvido, olhos, pulmão, pescoço, entre outros órgãos. Entretanto, apesar dos diversos benefícios, a reflexologia possui algumas contraindicações, tais como: gravidez, fraturas ou lesões recentes nas áreas, varizes expostas, quadros de dermatite, diabetes, trombose, cardiopatias com uso de marca-passo (Galetti, Guerrero & Beinotti, 2015).

Tendo essas informações em mente, a triagem dos pacientes teve início, em primeiro momento, entre os membros da equipe da Unidade de Saúde e, em

seguida, na população. Os usuários da comunidade selecionados foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), levando em consideração que estes são os membros que mantêm um contato maior com os cidadãos. Os indivíduos que atendiam aos requisitos foram então selecionados e tiveram suas sessões agendadas de acordo com a disponibilidade de cada um. Quanto às queixas relatadas por esses pacientes, as principais eram dores de cabeça, dores na coluna, insônia, ansiedade e estresse.

Os atendimentos aconteciam de segunda a sexta, durante o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, cerca de quatro usuários eram atendidos por dia, cada um recebia uma sessão semanal durante cinco semanas, a massagem terapêutica aplicada neles tinha uma duração de quarenta minutos. A Unidade Básica de Saúde disponibilizou a sala para realização dos atendimentos aos usuários, onde estavam organizados os equipamentos e materiais utilizados na prática da reflexologia, como o colchão de lona, as fichas dos pacientes, as cortinas para minimizar a luminosidade da sala, o papel toalha, o álcool 70°, os óleos e os hidratantes.

A reflexologia é considerada, por muitos, uma simples massagem, mas consiste em uma técnica específica de pressão que atua em pontos reflexos, os quais correspondem a todas as partes do corpo, ou seja, os órgãos, as glândulas e outros locais do corpo estão alinhados de forma semelhante ao dos pés. Sabe-se que essa técnica promove mudanças fisiológicas no corpo, o que gera uma estimulação própria do potencial de cura do organismo, removendo bloqueios energéticos e, assim, favorecendo a circulação da energia curativa no corpo (Dacal & Silva, 2018).

Sabendo-se disso, os estímulos podem ser empregados com objetos específicos, como o bastão de reflexologia ou com os dedos das mãos, no entanto, deve-se atentar ao tamanho das unhas para não causar lesão no paciente. No atendimento realizado na UBS, optou-se pelos dedos das mãos, especificamente o dedo polegar para gerar a pressão. Além disso, o óleo utilizado para massagem fora composto de óleos vegetais (amêndoas e semente de uva) e óleos essenciais (lavanda e gerânio). Inicialmente, era executada uma série de movimentos com os pés para promover um maior relaxamento, a massagem era feita em todos os pontos reflexos, com intensidade suportável pelo paciente. A junção da massagem com o uso da aromaterapia, a partir dos óleos essenciais, permitia um maior relaxamento.

Os resultados se mostraram bastante promissores, os usuários que receberam atendimento semanalmente relataram uma melhora no bem-estar, na redução do estresse e da ansiedade. Segundo Leite e Zângaro (2005 apud Galetti, Guerrero & Beinotti, 2015), foi observado que o toque promove a secreção de endorfinas, o que reduz dor e ansiedade. Estudos relataram também que terapias no geral podem favorecer a elevação da temperatura corporal e diminuir a respiração e pulsação, assim como a pressão arterial.

A reflexologia podal é uma prática integrativa e que faz parte do SUS, no

entanto, durante a execução do projeto, pode-se observar uma resistência da população em participar desses momentos, principalmente por falta de tempo ou por falta de conhecimento sobre, tendo em vista que alguns dos pacientes entendiam a reflexologia apenas como uma massagem nos pés.

Por se tratar de uma prática ainda pouco conhecida, principalmente em cidades do interior, foram frequentes os questionamentos dos usuários acerca dos aspectos gerais da reflexologia podal. Ao longo das sessões, os alunos encarregados pela aplicação da prática foram responsáveis por sanar as dúvidas que vieram a surgir, no intuito de manter os indivíduos informados sobre os aspectos fundamentais da reflexologia e também ganhar a confiança de novos pacientes que viriam a seguir.

Apesar dos esforços, alguns pacientes selecionados na triagem compareceram a apenas uma sessão, não dando continuidade ao tratamento, principalmente por falta de tempo. Entretanto, a partir do relato dos pacientes que conseguiram comparecer a todas as sessões, pode-se perceber que os resultados obtidos foram extremamente satisfatórios e condizentes ao que se propõe a realização da prática. Também foram ofertadas massagens nas mãos para a população em geral em outros eventos de saúde promovidas pelo município, como o Outubro Rosa e a Feira de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto PET-Saúde Interprofissionalidade possibilitou uma aprendizagem em várias áreas estratégicas para o SUS, promovendo a consolidação da integração entre ensino-serviço-comunidade, a educação pelo trabalho, a reorganização e a readequação da formação profissional e curricular a partir dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional. O projeto se mostrou uma grande ferramenta no processo de iniciação ao trabalho e de qualificação dos profissionais em atividade nos serviços de saúde do SUS, em formação e docência nos cursos de graduação nas áreas de Nutrição, Farmácia, Enfermagem e Biologia.

A ênfase da Interprofissionalidade, adotada nesta edição do PET-Saúde, proporcionou a estimulação à docência e preceptoria na área da saúde, com vistas ao fortalecimento e à formação profissional unificadas às necessidades do SUS, a mudança das metodologias de ensino-aprendizagem e a diversificação dos cenários de prática de atuação, com o intuito de ofertar ações considerando o planejamento dos programas de saúde dos municípios, nesse caso, em Nova Floresta/PB.

Diante disso, torna-se inegável a importância dessa iniciativa de projeto, uma vez que proporciona o desenvolvimento de um pensar e fazer saúde pautada em uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população. Além disso, o contato com as demandas e necessidades reais dos serviços de saúde puderam contribuir para produção

de conhecimento e pesquisa na instituição de ensino superior na qual o projeto se encontra sediado.

As atividades inseridas na comunidade da UBSF III (Bocão), como a hipnoterapia e reflexologia podal, trouxeram a oportunidade para os profissionais, estudantes e usuários, de experimentar uma gama de ações em vários âmbitos de cenários, fortalecendo a percepção da atenção básica como o principal ponto de referência de atuação do SUS. Além de tentar quebrar e superar os mitos que persistem sobre a relação universidade/serviço/comunidade, as práticas realizadas colaboraram para a construção da concepção de que os serviços de saúde podem ser espaços de produção e promoções de saberes, tecnologias e encontros, por meio dos quais se pode buscar melhorias e/ou soluções mais efetivas frente às demandas existentes no cenário real.

O contato proporcionado aos estudantes com o dia a dia da população e com os serviços de saúde constitui um elemento de desconstrução da cultura do profissional individualizado e restrito em sua atuação, permitindo caminhos para a formação e transformação de profissionais comprometidos com a democratização do acesso, humanização nos atendimentos, interdisciplinaridade, integração das instituições de saúde com a realidade, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

Por fim, percebemos que essa quebra de muralha, ao sair dos territórios do saber acadêmico e navegar nos territórios nômades e alheios das necessidades de saúde, reconhecemos o PET-Saúde como um dispositivo potente para alicerçar e alavancar mudanças de rumos, trajetórias e novos caminhos no cuidado em saúde. Mesmo diante de alguns entraves e dificuldades para instituí-lo, sem dúvida, o projeto traz um fôlego renovado para os que dele participam, promovendo a reflexão sobre o passado, o presente e o futuro dos novos percursos e possibilidades do saber e do fazer saúde.

REFERÊNCIAS

- Bandler, R. & Grinder, J. (1986) Ressignificando, Programação Neurolinguística e Transformação do Significado. [5 ed] *Summus Editorial*.
- Bastide, R. (1974) Sociologia e Psicanálise. *Editora da Universidade de São Paulo*, .
- Brasil. Ministério da Saúde (2018). *PET-Saúde divulga resultado final dos projetos selecionados*. *Portal do Governo Brasileiro*. <http://portalms.saude.gov.br/noticias/srgtes/44588-pet-saude-divulga-resultado-final-dos-projetos-selecionados>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018) *Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-saúde/interprofissionalidade - 2018/2019*. Diário Oficial da União, Ed 141, seção 3.

- Carreiro, A. A. (2008) *Hipnose e Psicoterapia*. Etiologia e Práxis – Editora Fiuza, .
- Cohn, G. (1982) *Weber Sociologia*. [2 ed.] Editora Ática.
- Costa, R. M. C. & Lima, A. M. de. (2018) No Transe das Possibilidades – Ressignificando a Hipnose e a Filosofia na Extensão Universitária. *R. UFG*, 24, 141-153.
- Dacal, M. D. P. O., Silva, I. S. (2018). Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde em Debate*, 42, 724-735.
- Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência*. Companhia das Letras.
- Ferreira, M. V. C. (2003) *Hipnose na Prática Clínica*. Editora Atheneu.
- França, T., Magnago, C., Santos, M. R. D., Belisário, S. A., & Silva, C. B. G. (2018). PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde em Debate*, 42, 286-301.
- Freud, S. (1966a) *Publicações Pré-Psicanalistas e Esboços Inéditos (1886-1889)*. Obras Completas [Vol.I] -Imago Editora.
- Freud, S. (1966b) *Estudos Sobre a Histeria (1893-1895)*. Obras Completas. [Vol.II] – Imago Editora.
- Freud, S. (1966c) *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1889)*. Obras Completas [Vol.III] Imago Editora.
- Freud, S. (1966d) *O Ego, O Id e Outros Trabalhos (1923-1925)*. Obras Completas, [Vol.IX] – Imago Editora.
- Freud, S. (2013) *A Interpretação dos sonhos*. [Vol.I] L&PM Pocket, Porto Alegre, RS.
- Galetti, V., Guerrero; TC; Beinotti, F. (2015). Reflexologia podal: uma terapia alternativa. *Revista Científica da FHO*, 3, 47-53.
- Garcia-Roza, L. A. (1999) *Freud e o Inconsciente*. Jorge Zahar Editor.
- Gruppi, L. (1978) *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Graal Editora.
- Lowy, M. (1996) *As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen, marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento* [5 ed.] Cortez Editora, São Paulo, SP.

Mezan, R. (2007) *Que Tipo de Ciência é, afinal, a Psicanálise?* Natureza Humana.

Rouanet, S. P. (1990) *A Razão Cativa, As Ilusões da Consciência: de Platão a Freud.* [3ª ed.] Editora Brasiliense.

Weissmann, K. (1958) *O Hipnotismo, Psicologia, Técnica e Aplicação* – Livraria Prado Ltda. Rio de Janeiro, RJ.

FORMAÇÃO ACADÊMICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE À LUZ DA INTERPROFISSIONALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Ana Letícia Holanda Cavalcanti, Anderson Noberto da Silva, Daniel Martins da Gama
Leite Mascena, Gabriel de Oliveira Gonçalves, Leandra Taline Pereira de Souza,
Maria de Magdala Almeida Vasconcelos, Priscylla Emylly Lacerda de Sousa, Renally
Cristine Cardoso Lucas, Renata Rodrigues de Lima Silva, Luzibênia Leal de Oliveira,
Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos Jordão*

Resumo

Este capítulo tem como objetivo relatar experiências vivenciadas por tutores, preceptores e estudantes, no PET- Saúde/Interprofissionalidade Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB. O projeto se desenvolveu em três linhas de ação: mudança curricular; integração ensino-serviço-comunidade; e articulação com projetos acadêmicos da UFCG durante os anos de 2019 e 2020. Foram organizados Grupos de Trabalho (GT) para formação das equipes compostas por tutores, alunos e profissionais de diferentes formações acadêmicas. O GT-4, responsável pelo desenvolvimento deste relato, teve como tutoras uma enfermeira e uma bióloga. Quanto às preceptoras, uma é assistente social, outra nutricionista, uma dentista, e alunos dos três cursos do CCBS, futuros enfermeiros, médicos e psicólogos. O desenvolvimento do trabalho interprofissional aconteceu de forma coletiva, utilizando-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem para construção do conhecimento. Em seguida, planos de ação foram elaborados, a partir de diagnósticos situacionais dos territórios envolvidos e assistidos pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Após as ações realizadas ao longo do PET, bem como das vivências e decisões coletivas, seguimos com a escrita de relatos de Experiências, nos quais podemos perceber que alunos de Medicina sentem falta de conteúdos e vivências sobre Educação Interprofissional e Políticas Públicas, em especial sobre Atenção Primária à Saúde; outra dificuldade relatada foi indisponibilidade de horários compatíveis entre os alunos. Com as experiências adquiridas, foi possível reafirmar a importância das trocas de saberes em grupos interprofissionais para proporcionar uma visão ampliada sobre os conceitos de saúde e melhorar, assim, o processo de trabalho, o acesso e a qualidade dos serviços em saúde. A experiência mostra que é notória a relevância do trabalho interprofissional na saúde pública brasileira.

INTRODUÇÃO

A atuação do educador em saúde permite conviver com colegas da área e estudantes que nos fazem perceber que o ato de ensinar é uma constante aprendizagem. Diante desse raciocínio, é impossível desvincular a troca de saberes/aprendizagem da prática interprofissional dentro dos serviços, em especial o serviço de saúde, já que essa prática se apresenta como um dos meios de garantir a

integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, proporcionando o serviço humanizado e a satisfação dos usuários, uma vez que os trabalhadores presenciam os frutos do seu trabalho.

A interprofissionalidade na Saúde e na Educação promove arranjos de formação interdisciplinar e intercultural, que se diferenciam de modelos tradicionais. Os processos de trabalho coletivo em saúde envolvem todas as pessoas e todos os saberes de forma harmoniosa, como pensamento e ação integrados, na produção de processos, ferramentas e organizações vinculadas ao desenvolvimento da Saúde e da Educação (Pereira, 2018).

Tendo como base a literatura, os relatos e a vivência da prática interprofissional, entende-se que é de suma importância que as discussões e práticas interprofissionais já comecem a ser abordadas durante o processo formativo, pois é justamente nesse momento que os discentes (futuros profissionais em saúde) têm o primeiro contato com a prática profissional e isso é imprescindível para o entendimento prévio do protagonismo de cada membro da equipe, ressaltando a importância do trabalho colaborativo. Tal iniciação é possível por meio da oferta de ensino, das pesquisas e dos projetos de extensão direcionados a essa temática, e também com a inserção precoce do acadêmico nos cenários de prática, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), ainda durante a graduação, possibilitando atividades interdisciplinares e multiprofissionais.

Percebe-se internacionalmente a necessidade de transformação no processo educativo de profissionais de saúde frente à inadequação às respostas demandadas pela sociedade (Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

A portaria do Ministério da Saúde (MS) N° 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que apontam a importância de implementar mudanças nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana e às práticas sociais e laborais a partir da atuação e dos problemas (Brasil, 2007, 2009, 2014).

O “(re)pensar” das práticas formativas em saúde nunca foi tão evidenciado quanto no atual cenário. Isso porque é enxergada a necessidade de vigorar em todos os contextos assistenciais em saúde a oferta de um serviço que não configure a prática biologicista como ordenadora do cuidado, mas sim superá-la. Para isso, faz-se necessária a aplicabilidade da formação do trabalho colaborativo, compartilhado de maneira agradável, inclusive mediante metodologias ativas e complementares. O trabalho interprofissional é um desafio posto a ser superado, mesmo com tantos empecilhos para tal, uma vez que essa mudança pode proporcionar impactos positivos na qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde (Mângia, 2009).

De acordo com Santos et al. (2020), as metodologias ativas se configuram como uma ferramenta leve que tem a capacidade de promover a aprendizagem compartilhada com foco na educação interprofissional. Ou seja, essa prática está

elencada como uma das possíveis alternativas para alcançar a transformação do panorama tradicional hierárquico e hegemônico, capaz, então, de promover a vivência do processo de trabalho em saúde pautado na colaboração mútua entre as distintas profissões, respeitando o protagonismo de cada uma.

Com a prática interprofissional, é possível vislumbrar a melhoria do acesso e da qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários. Para tanto, é preciso que a prática colaborativa seja desenvolvida no processo de trabalho em saúde, especialmente na APS, no território ao qual estão inseridas e de forma mútua (Peduzzi & Agreli, 2018). Destaca-se, nesse contexto, a centralidade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade), uma vez que ele tem potencial para permitir que se alcance o fortalecimento da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), interligando ensino-serviço-comunidade. Nessa união, é possível problematizar os nós críticos do processo de trabalho em saúde, proporcionando o diálogo e a sublimação das divergências, a fim de construir, de forma coletiva, integrada e dialogada, o que propõe o modelo de atenção à saúde preconizado para a APS de forma efetiva (Brasil, 2005; Brandão, 2014).

A PNEPS prevê a importância das práticas colaborativas e interprofissionais no cotidiano do trabalho em saúde, nos programas, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), nos projetos desenvolvidos pelo MS, nas vivências, no PET-Saúde, bem como em vários outros serviços em saúde, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Também estão assegurados no plano de ação para implementação da EIP no Brasil, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente, especialmente abrangendo temáticas relacionadas à interprofissionalidade, contribuindo, assim, para a redução de muitos dos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, além da potencialização da atenção à saúde, especialmente no SUS (Almeida, 2019).

Objetiva-se, então, por meio deste capítulo, relatar experiências “deliciosas” por tutores, preceptores profissionais da Atenção Básica e graduandos vinculados ao PET-Saúde/Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Campina Grande, em uma iniciativa do MS para qualificação dos profissionais da saúde e formação de estudantes de graduação.

TRAJETÓRIA PERCORRIDA

As atividades ocorreram na Cidade de Campina Grande, durante os anos de 2019 e 2020, a partir da aprovação do Edital Nº 10, de 23 de Julho de 2018 do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), publicado no Diário Oficial da União em 24 de Julho de 2018, Edição 141, Seção 3 e Página 78.

Participaram da experiência interprofissional, como tutoras, duas docentes do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) das Unidades Acadêmicas de Enfermagem e Medicina, Graduandos dos Cursos de Medicina, Enfermagem

e Psicologia do mesmo Centro, e Preceptoras vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Cidade de Campina Grande, especificamente nas UBS Nossa Senhora Aparecida, UBS Benjamim Bezerra da Silva e UBS Argemiro de Figueiredo.

O projeto do PET-Saúde/Interprofissionalidade envolveu três linhas de ação indissociáveis: mudança curricular, integração ensino-serviço-comunidade e articulação com outros projetos. Nessa perspectiva, acompanhando o previsto pelo Projeto em desenvolvimento, desde o início se prezou pela coordenação colegiada, com prioridade à formação de equipes multiprofissionais, a fim de estimular discussão sobre experiências de EIP e ampliar as competências para o trabalho colaborativo dos profissionais de todas as áreas da saúde inseridos no Projeto.

Foram organizados Grupos de Trabalho (GT) para formação das equipes, cada um constituído com alunos e profissionais de diferentes formações acadêmicas. Especificamente no GT-4, que desenvolveu esse relato, há uma professora enfermeira e uma bióloga; em relação às preceptoras, uma assistente social, uma nutricionista e uma cirurgiã-dentista. Completam ainda a formação desse GT, alunos dos três Cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, futuros médicos, psicólogos e enfermeiros.

Ao organizar as equipes por UBS, manteve-se o cuidado de sustentar a interdisciplinaridade e a introdução daqueles graduandos nos ambientes de trabalho dos preceptores. Além da introdução ao território, até então desconhecido para os alunos, todo conteúdo histórico, teórico e conceitual que preconiza o SUS e suas lutas para o bom funcionamento em especial à atenção básica, foi apresentado a todos por intermédio de artigos científicos e dos cursos disponibilizados pela plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS). Dentre os cursos desenvolvidos através do AVASUS, estão: "Reconhecimento do território"; "Atenção Primária à Saúde"; "Estratégia de Saúde da Família e Territorialização"; "Educação Interprofissional em saúde"; "Trabalho com Grupos na Atenção Básica"; "Introdução ao acolhimento"; "Clínica Ampliada e Apoio Matricial"; "Observação na Unidade de Saúde – Autoinstrucional". Outros cursos foram disponibilizados em outras plataformas, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Os encontros do GT4 ocorreram semanalmente e as primeiras reuniões trouxeram debates sobre o conteúdo dos cursos, seus pontos positivos e negativos. Além das discussões, os professores sempre estimularam envolvimento dos alunos e orientação pela preceptoria em cada UBS, o que aos poucos permitiu que o aluno se tornasse parte daquele território, a fim de ser percebido como pertencente àquela localidade e, conseqüentemente, tivesse facilidade de desenvolver junto à equipe uma pesquisa participante de diagnóstico situacional. Aos poucos, mediante o apoio de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram visitados os principais locais de referência da comunidade e identificadas as principais características do entorno de cada UBS, na qual os alunos em questão adentraram em campo. É possível perceber o sentimento do educando no seguinte trecho relatado:

“Estar presente na Unidade despertou em mim bons sentimentos, no que diz respeito à receptividade dos profissionais, à interação com alguns usuários (mostraram-se confortáveis com a nossa presença e dispostos a dialogar) e às potencialidades de execução de atividades. Também fui afetado, agora de forma negativa, tanto na UBS como no Território-área”. (Estudante de enfermagem)

As vivências permitiram à equipe valorizar e também inquietar-se pelo movimento de modificação, desafios e barreiras encontradas para implantação do novo, que, de fato, é o processo de trabalho para estímulo à prática colaborativa, não apenas ter equipe multiprofissional, mas interprofissional. Muitas atividades foram desenvolvidas antes e após o distanciamento social iniciado em março de 2020 devido à pandemia do Coronavírus. Durante as atividades presenciais, a interação social é considerada árdua, demanda tempo, doação e ousadia de fazer parte do trabalho especializado do outro. Nesse tocante, o PET-Saúde possibilita aos alunos vislumbrar aprendizagem extramuros da Universidade e vivenciar a educação baseada em problemas e a realidade da APS.

A PERCEÇÃO DA TEORIA É ENCANTADORA QUANDO ALIADA À PRÁTICA

O projeto do PET-Saúde/interprofissionalidade propôs, entre suas linhas de ação, a interação ensino-serviço-comunidade. Essa tríade é ansiada principalmente pelos discentes, tão cansados e sobrecarregados de conteúdos abordados com metodologia acadêmica tradicional e “bancária”, como descrevia Freire (1996). Ou seja, o educador se encontra em uma posição fixa de detentor do saber. Esse último é depositado, entregue, transmitido aos educandos que, nessa concepção, são aqueles que nada sabem. Como consequência, tem-se educandos que, ao apenas arquivar esses depósitos, não conseguirão desenvolver uma consciência crítica que tem como efeito a sua inserção no mundo (Freire, 1970). Nesse contexto, a inserção dos graduandos nos serviços, bem como a apresentação aos princípios e às competências da atenção primária em saúde e de toda a política preconizada pelo Ministério da Saúde foi realizada através de atividades desenvolvidas de maneira leve, de metodologias ativas e por meio das várias possibilidades de estratégias e atividades interativas e dinâmicas. A título de exemplo, com uso de papéis coloridos para simular votos positivos e negativos da leitura daquele texto indicado e sempre através de círculos de cultura.

Na perspectiva de que o aluno perceba que a parte teórica, necessária para o momento, não será desenvolvida como uma disciplina comum e avaliativa, a cada reunião semanal planejada pelos docentes, inicialmente havia um lanche compartilhado e uma atividade de acolhimento ou os chamados “quebra-gelo”. Ainda sobre

o processo de avaliação, vale ressaltar que este não tinha uma finalidade punitiva, mas sim um momento de levantamento dos nós críticos e das experiências exitosas que já haviam composto o projeto até o momento de cada reunião. Foi por meio da troca de saberes do grupo que se tornou possível analisar e refletir sobre soluções e aprimoramentos viáveis das atividades já realizadas. Nesse sentido, utilizou-se o método FOFA (Força; Oportunidades; Fraquezas; Ameaças) e a forma de avaliação através das perguntas disparadoras: “Que bom...”, “Que tal...”, “Que pena...”.

Ao longo dos encontros semanais, ocorridos através das reuniões do GT4 e das visitas às UBS, todo o conteúdo e todas as atividades propostas pela coordenação do PET-Saúde foram discutidos e avaliados, levando-se em consideração suas fragilidades e potencialidades. Um grande gargalo identificado dentro desse contexto foi a dificuldade de conciliação de horários entre os alunos, por serem de três cursos diferentes do CCBS e terem uma alta demanda de carga horária. Isso foi percebido, sobretudo, nos alunos de Medicina, que além do grande número de aulas e provas, recorrentemente falam que se sentem pressionados e sufocados pelas exigências dos docentes do curso, conforme registro a seguir:

“[...] as diferenças de abordagem sobre a saúde coletiva são divergentes entre os cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem do CCBS. Além disso, a diferença entre os horários disponibilizados tem prejudicado o cumprimento da carga horária proposta pelo PET. Aulas em três turnos, um currículo que não valoriza atividades extracurriculares e a sensação de não conseguir dar conta geram sofrimento emocional”.
(Estudante de Medicina)

Sentimentos semelhantes foram relatados em grupos do PET-Saúde em vigências anteriores à atual, quando mencionaram a dificuldade de participação conjunta nas atividades como um dos principais desafios encontrados. A pouca interação entre os cursos de saúde eram intensificados devido à singularidade de horário de cada um, como horário de aulas, provas e outros compromissos acadêmicos, tanto pelos estudantes quanto pelos professores. Tal discussão ocorreu no I Fórum de Interprofissionalidades em Saúde (I FIS), que se pautou no diálogo amplo e misto, propiciando práticas interprofissionais e interdisciplinares no âmbito, principalmente, da Atenção Primária no SUS (Urquiza et al., 2020).

Todos esses assuntos que são princípios defendidos pelo SUS, pela Política Nacional de Humanização e pela atenção primária em saúde devem ser foco dos cursos de saúde para leitura e embasamento. Quanto a isso, vários conceitos foram apresentados a todos da equipe, vale citar alguns artigos lidos pela equipe e destacar algumas discussões registradas e preservadas no acervo documental. As observações acerca dos textos discutidos foram registradas, o que nos permitiu uma reflexão mais aprofundada sobre os conteúdos estudados. É exemplo

o artigo “A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões”, de autoria de Costa (2016). A leitura traz críticas enfatizadas pelo autor para a importância da reorientação da formação profissional do setor saúde, no Brasil, na ótica da Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Traz soluções para que a educação interprofissional saia do campo teórico e entre na prática, bem como convida à análise das contribuições do modelo atual de formação no Brasil para a qualificação de profissionais de saúde para o efetivo trabalho em equipe. Além disso, enfatiza que, mesmo diante de muitos avanços, o modelo de forte divisão do trabalho ainda prevalece, sendo, portanto, necessário reconhecer esse fato com clareza.

As anotações referentes aos Cursos do AVASUS, Plataforma Sabiá, trazem registros dos relatos da equipe sobre diversos cursos realizados, dentre eles o curso “Educação Interprofissional em Saúde”, no qual se identificou como pontos positivos: a importância de aprender um pouco mais sobre a temática e aplicar a prática colaborativa para um melhor trabalho e manejo junto ao usuário. Como pontos negativos foram notadas que as leituras eram enfadonhas e as avaliações extensas. O curso “Reconhecimento do Território” apresenta os aspectos de interesse ao trabalho em saúde, evidenciando o papel da região em que a equipe se encontra, uma vez que cada local demandará um trabalho personalizado às necessidades da comunidade em questão. Foi elogiada a explicação sobre os diversos territórios e a importância de se conhecer todos os aspectos (fatores sociais, recursos, indicadores da saúde comunitária) para a realização de um bom diagnóstico de problemas, fugindo do modelo biomédico e abordando um cuidado biopsicossocial. Adiante, foram discutidas, criticadas, resumidas e ensinadas as diversas necessidades de se especializar e acompanhar o que determina o bom atendimento à comunidade.

Durante as reuniões, além da dificuldade de ajustar um horário que fosse razoável para todos, também foi relatado pelos alunos sobre a grande demanda de leitura e cursos a serem realizados dentro das propostas do PET, bem como o cansaço em abordar tanta teoria e conteúdo conceitual, de portarias e preceitos expostos, mesmo entendendo sua importância e necessidade.

No sentido de não sobrecarregar ninguém, minimizando a fadiga e fortalecendo o espírito de cooperativismo, criou-se estratégias como: rodízio da elaboração da ata, onde cada um ficava responsável pela transcrição de um determinado dia, planejamento com acolhimento e discussão horizontalizada. Contudo, entre os alunos e preceptores sempre surgia o questionamento: “Quando iremos começar as ações nas Unidades de Saúde?”. Não percebiam que as propostas dos projetos precisavam de construção por pesquisa-ação, que exige que o pesquisador seja também participante e, para isso, era preciso conseguir se envolver e fazer parte do grupo. Somente após a introdução ao território, através da convivência, seria viável a identificação de cada fragilidade da comunidade e do próprio serviço. Para tudo isso, é preciso dominar a teoria, a fim de construir o diagnóstico situacional.

O diagnóstico situacional traz reflexões sobre o cotidiano laboral nas UBS para os profissionais de saúde e comunidade. Com essa proposta educandos, profissionais e comunidade puderam perceber a realidade local, envolveram-se com os usuários e seu cotidiano, e refletiram sobre as problemáticas emergentes, planejaram e, a partir disso, realizaram intervenções participativas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE À LUZ DA INTERPROFISSIONALIDADE: EXPERIÊNCIA PELOS EDUCANDOS

A relação com a educação interprofissional se mostrou divergente entre os relatos escritos pelos graduandos. Durante a leitura e com sensibilidade para reconhecer as angústias e os desencontros com o conteúdo teórico carregado na construção acadêmica, foi evidente que os estudantes de Medicina não recebem incentivo quanto ao trabalho da interdisciplinaridade e nem estudam de fato a educação interprofissional com a mesma intensidade vivida pelos alunos dos Cursos de Psicologia e Enfermagem. Entre os alunos de Medicina, seus escritos mostram que o curso de graduação na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG não possui disciplina obrigatória em que haja interação com os outros cursos da área da saúde. Quanto a isso, foi relatado o seguinte sentimento:

“O PET, para mim, foi em primeiro lugar um veículo de informação e formação em saúde, em cada curso, dinâmica, texto e reunião promovida, a minha visão de humanização e interprofissionalidade estava sendo construída e redefinida. Outro ponto indispensável na minha construção como futuro profissional de saúde foi o ensinamento prático de trabalho em equipe, trabalhando ao lado de estudantes e profissionais de diversas áreas do conhecimento. Assim, foi possível observar futuros desafios do trabalho em saúde e aprender a enfrentá-los em equipe, gerando um suprimento de necessidades acadêmicas não inclusas na grade curricular do meu curso, como a interprofissionalidade, o trabalho em grupo e o enfrentamento de desafios na rotina do trabalho em saúde”.
(Estudante de Medicina)

Os Núcleos de pesquisa, projetos de extensão e projetos como o PET-Saúde/interprofissionalidade são meios de oportunizar, ao longo do curso, e não apenas nos estágios supervisionados a convivência e o trabalho em equipes multiprofissionais em saúde, além de permitir a interação entre estudantes e profissionais das mais diversas áreas da Atenção Primária (AP). Pois, historicamente, por exemplo, os alunos de Medicina cumprem seus estágios com preceptores médicos, os alunos de Enfermagem com preceptores enfermeiros e assim por diante.

A experiência de estar em uma UBS trabalhando com um estudante de Enfermagem, outro de Psicologia e uma preceptora nutricionista não teria sido possível ao considerar apenas a matriz curricular do curso de Medicina, por exemplo. Além disso, em Medicina há um enfoque na formação médica para atenção secundária e terciária, sendo a vivência na AP restrita a um único semestre durante o final do curso, em que estaria limitado a um grupo apenas com estudantes de Medicina e com preceptor, necessariamente, médico.

A inserção nos serviços de saúde foi citada como uma das principais vantagens do PET-Saúde, e as ações nos locais de atuação profissional permitiram perceber a interprofissionalidade além dos debates teóricos, dando a oportunidade de vivenciá-la na prática através dos processos de trabalho. A entrada nos serviços de saúde foi realizada após capacitação teórica, o que permitiu preparar o educando para uma introdução aos conceitos de humanização e interprofissionalidade, desenvolvendo-se, assim, habilidades de comunicação, resolução de problemas, liderança e planejamento, que são competências que, com certeza, farão a diferença quando se iniciar a atuação no mercado de trabalho. Tal experiência pode ser percebida na frase da estudante a seguir:

“O agir interprofissional mudou meu olhar não apenas sobre as outras profissões, mas principalmente minha visão sobre os usuários do serviço, pois conhecendo as potencialidades dos demais profissionais, eu reconheço as limitações da minha profissão e em conjunto podemos atuar de maneira menos segmentada sobre a vida dessas pessoas”. (Estudante de Medicina)

Durante a vivência na atenção primária em saúde, foi estimulado principalmente como melhorar o cuidado, o acolhimento e o respeito às trocas entre usuários e profissionais de saúde, a fim de trabalhar em equipes multiprofissionais, com valorização da educação popular e educação interprofissional. Logo, a atuação nas unidades se tornou uma oportunidade de praticar o que já se vinha sendo estudado, como o processo de territorialização, bem como de construção do diagnóstico situacional e do mapa inteligente das unidades, que, com a ajuda das equipes de saúde e da comunidade, usando conhecimentos previamente adquiridos e tendo uma supervisão e trabalho em conjunto com as preceptoras e tutoras do PET-Saúde/interprofissionalidade, tornou-se possível.

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, tem como objetivo pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde desde 2003. Propõe reunir trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, a partir da análise dos problemas e das dificuldades em cada serviço de saúde. Além disso, toma como referência algumas experiências bem-sucedidas de humanização,

como por exemplo a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado sendo construídas de forma coletiva e compartilhada, Brasil (2013), através de ferramentas como rodas de conversa, o incentivo às redes sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. Essa percepção de trabalho é muito evidente nas atividades do PET-Saúde-Interprofissionalidade e traz bons frutos sempre que articulada de maneira leve entre os atores.

Poema pelos estudantes

MEU PET

*O PET-SAÚDE interprofissionalidade foi dual
apresentando desafios e fragilidades
mas também conquistas e amizades.*

*O olhar humanizado não se compra
é conquistado com dedicação
mas é com a soma de forças que se alcança o coração*

*Trabalhar com o outro é trabalhar em si
é descobrir novos caminhos de cuidados
é superar em grupo desafios encontrados*

*Pois saúde não é brincadeira
mas pode ser promovida com diversão
com a criação de laços e cumprimento da missão*

*O estudo continuado é indispensável
pois a vida humana é dinâmica
e não uma ciência exata ou simples peça mecânica*

*Mas acima de tudo é indispensável o carinho
que com as trocas entre todos, na saúde vai pavimentando um novo caminho
pois, afinal, ninguém quer ser feliz sozinho.*

Daniel Martins da Gama Leite Mascena
("PETiano", Estudante do Curso de Medicina da UFCG)

Os estudantes de Enfermagem e Psicologia do CCBS da UFCG relatam sentimento positivo em relação à matriz curricular melhor integrada e com Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos (PPC) mais preocupados com as Práticas baseadas em problemas e evidências, e com as práticas complementares e interdisciplinares. Contudo, ainda assim, a inserção nos serviços é considerada tardia.

Os cursos de Enfermagem e Psicologia da UFCG, por serem mais jovens, implantados através do Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), já foram estruturados desde o início com um currículo atualizado de acordo com as recomendações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Então, o incentivo ao trabalho em equipe e a colaboração mútua sempre foram uma realidade bastante presente nesses dois cursos. Desde o início, há incentivo ao desenvolvimento de práticas, trabalhos e discussões voltados exclusivamente para o método colaborativo e o trabalho em conjunto, deixando de lado a individualidade. Contudo, é reforçada a necessidade da aprendizagem através de equipe multiprofissional, como pode ser percebido na seguinte fala:

“No PET-saúde/Interprofissionalidade as vivências também correspondiam de forma colaborativa, mas, dessa vez, como proceder quando à sua zona de conforto é estar em meio a futuros enfermeiros/as e, de repente, você se vê no meio de alunos de medicina, psicologia e profissionais das mais diversas áreas (como nutrição, odontologia, serviço social, fisioterapia)?! A princípio, ainda continuava bem fechado em minha caixinha, pensando apenas em como resolver determinada problemática, dando minha contribuição enquanto discente de enfermagem. Coisa que aos poucos foi se desconstruindo e dando lugar a um pensamento de: como, enquanto equipe composta de diferentes profissionais e distintos pensamentos, podemos solucionar o mesmo problema? Hoje, sinto-me bem confortável em dividir os mesmos espaços, as mesmas temáticas e os mesmos problemas com distintas profissões e ‘cabeças’. Deixo de lado o pensamento de que serei um profissional independente e tenho absoluta certeza que as minhas vivências enquanto PETiano serão essenciais para minha formação”. (Anderson Noberto da Silva, estudante de Enfermagem).

O PET veio como possibilidade de encontro, crescimento e oportunidade. Ao iniciar o vínculo com o Programa, alguns estudantes pensavam que esse seria o norteador para escolher sua área de atuação. Contudo, foi muito além disso, o educando se percebeu não apenas identificando uma estrutura física, um local, mas sim encontrando com pessoas, colegas da academia, colegas da UBS, colegas da comunidade. Cada história que se ouve, cada relato, cada luta, cada dor, cada possibilidade atravessa fortemente e faz crescer.

Temas tão discutidos dentro do Curso de Psicologia tiveram agora a possibilidade de serem compartilhados com outros cursos da área de saúde. Assim,

a partir dessas vivências foi possível perceber que os processos formativos são capazes de “condenar” áreas importantes de atuação quando as metodologias de ensino deixam de funcionar. Um exemplo é quando se escuta, de alunos de outro curso, a disciplina Saúde Coletiva sendo chamada de “SaCo”. Os alunos percebem, entre as três graduações do CCBS, que o curso de Psicologia tem um grande diferencial. Pois, o aluno de psicologia possui a construção baseada em interação social, debate mais frequentemente sobre a saúde coletiva e a atenção básica. Surge, conseqüentemente, em alguns graduandos, o desejo de que outros estudantes dos demais cursos tenham a mesma oportunidade e não permaneçam tão atordoados com os professores que lhe “sugam a energia”.

Nos desabafos do cotidiano e na convivência entre a equipe, foi citado que os docentes do Curso de Medicina são os que precisam de fato aprender a compartilhar sobre as aprendizagens proporcionadas pelo PET-Saúde, contudo são os menos interessados em se integrar no processo. Tal importância em participar de projetos com foco na interprofissionalidade pode ser percebido no trecho relatado a seguir:

“Encontrei inspirações. Profissionais absurdamente competentes e comprometidos com suas atribuições. Alunos partilhando e acolhendo o sofrimento da faculdade, do PET e da vida. Laços foram feitos. Como nem tudo são flores, o PET também, por vezes, tornou-se sinônimo de crises. Logo, eu, tão crítica e metódica, deparei-me com tantas realidades e com tantos funcionamentos diferentes. Estava tudo fora do meu controle. As visitas não aconteciam como deveriam, os cronogramas não eram seguidos, na minha cabeça o caos completo, mas na verdade era apenas o processo de trabalho acontecendo. Muito além do que aprender a ser, é aprender a não ser”.
(Estudante de Psicologia).

Tais sentimentos relatados pelos discentes posteriormente foram acalentados durante a construção dos relatórios e das avaliações, pois, ao apresentar toda demanda de atividades realizadas e planejamento proposto pela coordenação, tantas eram as ações que estavam sendo executadas com sucesso, e os vínculos firmados. Infelizmente, alguns não perceberam o que eram aqueles movimentos e adaptações que o PET-Saúde/Interprofissionalidade estava inflamando. Surgiram transformações locais e, como qualquer mudança, surgem inquietações, sendo tudo isso reflexo da rede de apoio que estava em construção. De maneira infeliz, alguns pensaram em desistir do Programa, outros perceberam prioridades diferentes e a equipe do GT4 foi diminuindo. Contudo, alicerces e belos vínculos entre a coordenação, a tutoria e os próprios alunos foram formados.

Inserir-se nos serviços de saúde, fazer-se atuante como parte daquele local,

ter que mudar o processo de trabalho e fazer todos repensarem, “reeducar”, bem como estruturar uma nova dinâmica para melhorar o processo de trabalho e manter a educação permanente não é fácil. Espera-se, não obstante, que ao final até as dores se tornem flores e seja possível estimular a manutenção da prática colaborativa com comunicação. E tudo é amadurecido e experimentado por causa do PET.

Poema pelos estudantes

POEMA DA INTERPROFISSIONALIDADE

*As ações de uma universidade
São para dar retorno à sociedade.
Ao longo da formação
Vamos aprendendo a teoria,
Almejando a transformação
Daquilo que causa agonia.*

*São vários anos de estudo,
Comprometimento e dedicação.
Ninguém sai sabendo de tudo
Mesmo que se ache um sabichão.*

*Um profissional consciente
Investe na Educação Permanente,
Sabe a importância de integrar
Ensino, serviço e comunidade.
Vai a todo tempo atuar
Em busca de resolutividade.*

*Na hora de trabalhar
Parece mais fácil se isolar.
Mas, não importa a atividade,
Não se engane, não!
Ao usar a Interprofissionalidade
Você muda de percepção.*

Renata Rodrigues de Lima Silva
("PETiana", Estudante do Curso de Psicologia da UFCG)

EDUCAÇÃO PERMANENTE À LUZ DA INTERPROFISSIONALIDADE: EXPERIÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS

É perceptível, a princípio, que os docentes ampliam sua esperteza crítica e abrem os horizontes ao conviver com outros docentes de outras formações profissionais. Tal convivência exige, imprescindivelmente, a prática contínua do estudo dos novos termos técnicos citados pelos colegas e que soam como “palavrões” aos ouvidos. Perguntam e ensinam sempre sobre tais especificidades repetidamente. Enquanto docente, é renovador fazer parte do PET e experimentar na prática a possibilidade de colaborar com a função do outro, e vice-versa. Além disso, a gestão colegiada das equipes permite construir um planejamento linear, que mesmo não seguindo à risca o cronograma, de forma respeitosa, em que o cuidado e autocuidado permitem que o ritmo seja particular e, ao final, tudo dá certo.

Os primeiros meses de vivência do PET-Saúde são bem intensos para os docentes devido à grande necessidade de planejamento e interação com a gestão municipal para adequação e determinação dos futuros vínculos. Após escrita compartilhada da proposta de projeto, da submissão ao edital e de toda expectativa para montar a maratona de processo seletivo, a interação entre os docentes se estreita. Selecionada a equipe, após árdua semana de entrevistas, o próximo passo foi organizar os grupos por distrito, quanto à localidade de atuação e estimular que a equipe seja multiprofissional. Com toda essa logística, o cronograma apertado e tanto a ser compartilhado, é hora de fundamentar os conceitos e valorizar o SUS em sua amplitude. Toda teoria trabalhada gerou muita crítica. Eram poucas as visitas à comunidade no início. Alunos ansiosos por mudar o mundo, fazer a diferença e sair da academia. Era preocupante a possibilidade de frustração, como entrar “na casa do outro” e mexer na posição das cadeiras? Mesmo com a docência vinculada ao serviço através dos Estágios Supervisionados, aqueles profissionais nem sempre são percebidos como sujeitos pertencentes ao meio.

Enquanto servidores da atenção primária da cidade de Campina Grande, em 2019 surgiu uma seleção de preceptores do SUS para o PET-Saúde/ Interprofissionalidade, vinculado à UFCG. Foi instigante para tais profissionais a possibilidade de fazer parte de um projeto tão completo e cheio de bons encontros entre os mais diferentes perfis de profissionais e profissões. Após inscrição e seleção, começou uma nova jornada de construção de pesquisa e extensão universitária na saúde à luz da educação interprofissional. Foi um mergulho profundo no processo formativo na saúde forjado para o trabalho colaborativo, coletivo e para a coletividade.

O PET-SAÚDE/Interprofissionalidade tem uma proposta sensacional, pois os processos formativos de educação permanente para os profissionais ocorrem simultaneamente com alunos e professores das diversas áreas que também estão ali na posição de aprendizes dispostos a entenderem como trabalhar com outros campos de saberes, como usar ferramentas dos outros campos, que são muito úteis para o seu próprio ambiente de trabalho, e como usar isso tudo junto aos colegas, na academia e no serviço.

É reforçado por nós do serviço, que o cotidiano do trabalho no SUS muitas

vezes é desmotivador e o profissional acaba por cair numa cômoda rotina de “cumprir sua obrigação”, como pode ser percebido no relato abaixo:

“Chegar no horário, atender aos pacientes marcados, alguma urgência que espontaneamente surja, assinar o ponto e ir embora pra casa. No outro dia começa tudo de novo. Ações coletivas são pontuais porque dá muito trabalho e ninguém ajuda. Reunião de equipe? Ninguém tem tempo! Os horários não batem! Tem muita gente pra atender! Enfim, esse é o cenário percebido. Mas, quando esse profissional se torna preceptor de PET-Saúde, com estudantes dispostos a aprender sobre educação interprofissional, e são alunos de diferentes cursos, como Medicina, Enfermagem e Psicologia (não são dentistas, nutricionistas e nem assistentes sociais, como no caso do GT-4), possibilita a todos perceber que o foco sai da sua zona de conforto e sua especificidade técnica profissional”.
(Relato da preceptora)

Todos precisam aprender a cuidar das pessoas e querem o melhor para o seu local de trabalho. Então, tudo se transforma, parece que eles acendem uma fogueira de entusiasmo, criatividade e esperança que estava apagada. Nasce o desejo de fazer “além da obrigação”, de fazer o melhor que se pode, estar juntos e querer dar o exemplo, para ser avaliado e querer deixar uma marca positiva, ir bem nos “relatos de experiência”, e não precisar ensinar diretamente o que é ser dentista, nutricionista ou assistente social. Possibilita-se, sim, demonstrar a atuação de servidores da atenção básica e do cuidado e acolhimento de forma colaborativa.

A juventude dos alunos traz o fôlego que a equipe precisa, e a mão que faltava para fazer acontecer aquelas ideias pensadas há tempo, mas não se realizaram por falta de tempo e pela alta demanda. Um dia os preceptores também foram alunos, e agora é percebido que a academia tem o dever de se aproximar cada vez mais dos serviços, dar o retorno que a comunidade tanto precisa e caminhar lado a lado, trocando experiências, evidências, sabedoria popular e científica, trazendo a realidade à tona para quem está se formando e também para quem é formador, mas muitas vezes não sabe o que se passa fora da sua bolha social.

O PET veio em um momento muito especial e crítico no Brasil: polarização política, sociedade com ânimos acirrados, cultura do ódio, disseminação em massa de notícias falsas. Sendo assim, PET veio recheado de gentilezas, cores, flores, arte, música, poesia e tudo que faz um coração duro amolecer e se sensibilizar para o amor e o cuidado ao próximo. Realmente, há o sentimento de que as pessoas de diferentes áreas, cursos e preferências partidárias ficaram mais unidos em prol de uma causa maior, além do programa, além do trabalho, além da política, além da gestão.

Cultivar espírito de demonstração de afeto através das artes dentro das UBS ou através de telas digitais (em tempos de isolamento social) é uma forma de fortalecer para resistir a quem insistir diminuir ou desvalorizar os serviços de saúde. Estar atento às decisões políticas, acompanhar movimentos em defesa do SUS e participar ativamente do seu processo de trabalho. Ser voz no local de trabalho e na cidade é desgastante, mas extremamente necessário. A aproximação com a academia só fortalece a equipe e isso precisa acontecer de maneira interprofissional. Trabalhar juntos e levar grãozinho de areia para fazer a diferença na construção e defesa de um Sistema de Saúde Público e de qualidade. Seguir acendendo a fogueira de energia em mais gente!

Em relação à influência do PET na prática profissional da Atenção Básica, é fato que essa oportunidade é um grande tesouro na formação de qualquer profissional, mas ainda é um privilégio para aqueles que se inscrevem, passam no edital, passam na seleção, e passam nas peneiras. Enfim, não é para “todo mundo”, mas é um enorme passo adiante para construção de um SUS melhor para todos.

Poema pela preceptoria

DIVERSIDADE DO PET

*Tanta coisa para falar do PET! Poderia ser através de anais
Mas vou falar dos dias atuais
Não, não, não ... PET-SAÚDE não é saúde dos animais
É um Programa de Educação que envolve alunos, professores e profissionais*

*Voltado para Educação pelo Trabalho para a Saúde
É um programa de grande magnitude
Nos instiga a olhar à saúde com amplitude
E nos deixa cheios de atitude*

*PET-Saúde Interprofissionalidade
Nos traz tantas novidades
Propõe mudanças curriculares e integralidade
Fortalecendo o atendimento em saúde, xô enfermidade!!*

*Promove ensino, aprendizagem, troca de saberes
Temos muitas responsabilidades e deveres
Mesmo na pandemia continuaram os afazeres
Cursos, muitas reuniões, lives, sem esquecer os prazeres*

*Sim! O PET também valoriza nosso lado cultural
Nada aqui é banal
Estimulando nosso lado artístico, tivemos até sarau*

Valoriza as PICS, espantando o mal

*Fazer parte do PET me trouxe muitas reflexões
Despertou-me novas intenções e pensamentos
Reverendo antigos entendimentos
Na certeza que juntos faremos grandes intervenções*

*Todo mundo junto e misturado, é assim que vejo o PET
União, companheiros, com o mesmo objetivo a que todos compete
Na interprofissionalidade alguma coisa até se repete
Mas aqui tudo parece se transformar, tudo vira manchete!*

Maria de Magdala A. Vasconcelos
(Preceptora, Assistente Social do PET-SAÚDE/Interprofissionalidade)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a relevância do trabalho interprofissional no contexto da saúde pública brasileira. Com as experiências adquiridas por meio das práticas de trabalho com Educação Permanente, foi possível reafirmar a importância das trocas de saberes em grupos interprofissionais, não se limitando só ao campo dos profissionais de saúde, mas olhando para a graduação como o início dessa capacitação e desconstrução das barreiras mecanicistas e biomédicas já normatizadas. Referente a esse processo, a busca por uma visão mais ampla sobre os conceitos sociais de saúde é de fulcral importância no decorrer do processo de trabalho em saúde, tornando as capacitações e a busca por novos saberes uma parte inseparável dessa prática, procurando sempre não excluir saberes individuais, populares e profissionais.

Com as práticas de Educação Permanente desenvolvidas pelo PET-Saúde Interprofissionalidade, o conceito de trabalho em saúde foi ressignificado, não mais se limitando às relações hospitalocêntricas e curativistas, mas tornando cada um envolvido nesse processo consciente de sua importância para a efetividade do trabalho coletivo. A valorização das trocas por meio das metodologias participativas foi indispensáveis na construção dos processos de aprendizagem, facilitando o trabalho em grupos interprofissionais e o contato com os usuários dos serviços, os quais também desenvolvem um papel na construção e passagem dos saberes, uma vez que a educação não é restrita ao modelo bancário e pode ser realizada em qualquer ambiente social, como já abordado por Paulo Freire em sua obra “Pedagogia da Autonomia” de 1996.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. G. dos S., Teston, E. F., & Medeiros, A. de A. (2019). A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde debate*, 43 (spe1), 97-105.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007) *Portaria N° 1.996, de 20 de agosto de 2007*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009) *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013) *Política Nacional de Humanização*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014) *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde*. Agenda 2014 1ª. ed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018) *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*.
- Brandão, G.C.G. (2014). *O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande - PB*. [Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo].
- Costa, M. V. da. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, 20(56), 197-198.
- Cyrino, E. G. & Toralles-Pereira, M. L. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 780-788.
- Freire, P. (1996) *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. *Paz e Terra*.
- Freire, P. (1970). *Pedagogia do oprimido*. 2. ed. *Paz e Terra*.
- Mângia, E. F. (2009). Aprender junto para trabalhar junto: o desafio da formação para o trabalho interprofissional. *Re. Ter. Ocup.* 20(1), 1-2.
- Peduzzi, M, & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 22(supl. 2), 1525-1534.
- Pereira, M. F. (2018). Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em

transformação. *Interface*, 22 (Suppl 2), 1753-1756.

Santos, G. L. A., Valadares, G. V., Santos, S. S., Moraes, C. R. B. M., Mello, J. C. M., & Vidal, L. L. S. (2020). Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 24(3), e20190277.

Silva, R. H. A. da. (2011). Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educ. rev.*, (39), 159-175.

Urquiza D. M., Medeiros, H. O., Rangel, J. A., Oliveira, J. O. D, & Lemos-Jordão, A. J. J. M. (2020). PET/Saúde-GraduaSUS e seu I Fórum Interprofissional em Saúde: um oásis no nosso deserto. In Oliveira, S. F., Brandão, G. C. G., & Lemos-Jordão, A. J. J. M.(Organizadores). *PET- GRADUASUS: Potencializando a integração*. Ideia Editora (p.57-64).

O PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: A INTERPROFISSIONALIDADE EM FOCO NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Suenny Fonsêca de Oliveira, Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo, Andressa Pereira Albuquerque, Cristiane Falcão de Almeida, Fabíola Pâmella Batista da Silva, Iris Gabriely Lira de Santana, Johatan Willian Melo Pereira, Juliane Berenguer de Souza Peixoto, Lauana Cristina Chaves Ferreira, Lia Araujo Guabiraba, Lucas Cardoso Pereira, Romero Carneiro de Albuquerque, Thais Nascimento Fernandes, Clara de Jesus Moraes

Resumo

A Política Nacional de Atenção Básica elenca características do processo de trabalho que devem ser executadas na perspectiva da interprofissionalidade, entre elas, destacam-se atividades de promoção da saúde desenvolvidas por meio de ações educativas, que possam interferir no processo de saúde-doença da população. Nesse sentido, a proposta deste capítulo é identificar se a interprofissionalidade está inserida no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família a partir do relato de ações de Educação em Saúde realizadas na Atenção Básica de Campina Grande, Paraíba. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo descritivo das ações de Educação em Saúde ligadas às campanhas governamentais que relacionam os meses do ano a cores (Agosto Dourado, Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul), que denominaremos de meses coloridos, elegendo um foco específico relacionado à saúde (Aleitamento Materno, Saúde Mental, Câncer de Mama e Câncer de Próstata, respectivamente), executadas em cinco Unidades Básicas de Saúde, localizadas na cidade de Campina Grande, Paraíba. As ações ocorreram nos anos de 2019 e 2020, e a maior parte das ações relatadas citou a participação da equipe de saúde da UBS junto à equipe do NASF e dos parceiros (alunos PET e estagiários) tanto no planejamento quanto na execução das ações educativas. Apontaram, ainda, a presença de práticas colaborativas e de trabalho em equipe nas atividades educativas que abordaram as campanhas de saúde dos meses coloridos citadas. Também foi relatado que a diversidade profissional nas ações educativas promoveu uma visão ampliada dos aspectos de saúde abordados nas intervenções, o que contribuiu para uma abordagem integral tanto dos temas dessas campanhas quanto da atenção às necessidades dos usuários participantes dessas ações.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representa um modelo assistencial de saúde que norteia as diversas formas de se fazer vigilância em saúde. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), caracterizando-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção, os cuidados e a manutenção da saúde (Portaria nº 2.436/2017).

O ponto de partida para uma abordagem de cuidado integral, composta pelos

pilares apontados acima, demanda ações integradas e colaborativas entre os trabalhadores dos serviços de saúde em uma perspectiva de atendimento coletivo formada por uma equipe interprofissional (Gondim, 2017; Peduzzi, 2016). Merhy (2002) já apontava que a produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio de um trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado de forma coletiva.

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, nas quais os indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho e os saberes, em que os métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (Fontana et al., 2016).

A PNAB elenca algumas características do processo de trabalho na AB e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), comuns a todos os membros da equipe. Entre elas, destacam-se atividades de promoção da saúde desenvolvidas por meio de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população. A educação em saúde consiste em um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica dos usuários sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas (Alves & Aerts, 2011). Trata-se de um conjunto de práticas pedagógicas com caráter participativo e emancipatório e tem como objetivo o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida do usuário (Brasil, 2009).

Enquanto processo político pedagógico, a educação em saúde necessita de um olhar crítico e reflexivo, pois propõe ações transformadoras que levam autonomia e emancipação às pessoas, contribuindo para que os usuários sejam capazes de se responsabilizar pelo seu cuidado individual e coletivo, produzindo saúde dentro do seu próprio território (Pacheco et al., 2018). Esse empoderamento do usuário diz respeito à sua colocação em um papel ativo no seu tratamento de saúde, leva à adesão e à prática do autocuidado, que repercute no fortalecimento em saúde e o torna capaz de transformar sua realidade.

Partindo dessa perspectiva, as intervenções grupais na Atenção Básica devem ser construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde, com o intuito de produção de autonomia do sujeito (Santos et al., 2006). Nesse contexto, os grupos se caracterizam como uma tecnologia de cuidado complexa e diversificada, que possibilita que os profissionais incorporem novas ferramentas de trabalho para além do espaço clínico individual e que englobam competências interprofissionais (Moré & Ribeiro, 2010).

Pode-se notar, portanto, que a interprofissionalidade é um pressuposto basilar do trabalho na AB; no entanto, a formação dos profissionais de saúde, na maioria

das vezes, não contribui para o desenvolvimento dessa competência, o que dificulta a atuação em equipe e as práticas colaborativas no âmbito dos serviços de saúde (Oliveira et al, 2021). Não obstante, os Ministérios da Saúde e da Educação têm articulado estratégias para fomentar tanto a reorientação do modelo de formação dos profissionais de saúde nas Instituições de Ensino Superior quanto a capacitação dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde a partir da Educação Permanente (Costa et. al., 2018).

Nessa direção, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidades, com o intuito de qualificar profissionais de saúde em conjunto com graduandos da área de acordo com as necessidades do SUS. O PET Interprofissionalidades emerge como uma importante ferramenta de fortalecimento das ações de ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social (Câmara et al.,2015), figurando como recurso de estímulo à adoção de estratégias educacionais alicerçadas na Educação Interprofissional (EIP) (Almeida, et al., 2019).

A EIP é compreendida como uma abordagem de formação com a perspectiva de um processo compartilhado e interativo de aprendizagem, no qual profissionais de distintas profissões interagem, com vistas à melhoria da qualidade da atenção à saúde, coerente com as necessidades de fortalecimento do SUS (OMS, 2010; Barr & Low, 2013). Para Batista (2012), a EIP oportuniza cenários em que duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras, discutindo as especificidades de cada profissão, estimulando e aprimorando as competências colaborativas do cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe, tendo como consequência a melhoria do cuidado integral aos usuários.

Diante do exposto, entende-se que os pressupostos da Educação em Saúde e da Interprofissionalidade estão intimamente relacionados ao Processo de Trabalho em Saúde, sendo inevitável atuar sobre um sem considerar o outro, no desenvolvimento das práticas realizadas nas UBS. Nesse sentido, torna-se relevante a discussão sobre a interprofissionalidade inserida no processo de trabalho dos profissionais da AB no desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde. Assim, relatar as atividades de educação em saúde desenvolvidas no contexto da interprofissionalidade pelos profissionais da atenção básica e discentes inseridos no PET-Saúde Interprofissionalidades contribui para estimular os trabalhadores a utilizarem estratégias colaborativas em suas ações nas UBS, visando à integralidade do cuidado aos usuários. Além disso, destaca-se também a relevância acadêmica da sistematização desses relatos de educação em saúde tanto para ressaltar a importância das práticas colaborativas no trabalho quanto para articular os conceitos em uma perspectiva pragmática, contribuindo para a divulgação científica da temática em questão.

Nessa conjuntura, a proposta deste capítulo é identificar se a interprofissionalidade está inserida no processo de trabalho das equipes ampliadas de Saúde da Família a partir do relato de ações de Educação em Saúde realizadas na Atenção

Básica de Campina Grande, Paraíba.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Um dos objetivos do PET-Saúde Interprofissionalidades é a reorientação do processo de trabalho das equipes ampliadas de saúde da Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), segundo os pressupostos da Educação Interprofissional. Dessa forma, um dos eixos do projeto consiste na atuação de estudantes de diferentes cursos da área da saúde de IES vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) com supervisão de preceptores (profissionais do serviço) e orientação de tutores (professores da universidade).

Assim, por meio do incentivo às práticas colaborativas e à cogestão, as ações de Educação em Saúde realizadas nas UBS, onde a equipe do PET atuava, buscavam desenvolver atividades educativas a partir dos pressupostos da Educação Interprofissional, implicando toda a equipe de saúde da unidade (incluindo equipe de apoio e profissionais do NASF) desde o planejamento até sua execução.

As cinco UBS abordadas neste estudo estão localizadas na cidade de Campina Grande, no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema (IBGE, 2020). Todas contam com uma equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2017), uma equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2017), além de uma equipe de apoio composta por porteiro, recepcionista e auxiliar de serviços gerais. Esses serviços acolheram não apenas os estudantes do PET, mas também são parte da Rede Escola SUS, congregando estagiários de diversos cursos de saúde das instituições de ensino superior da cidade.

Por conseguinte, este texto consiste em um estudo qualitativo-descritivo das ações de Educação em Saúde ligadas às campanhas governamentais que relacionam os meses do ano a cores (Agosto Dourado, Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul), elegendo um foco específico relacionado à saúde (Aleitamento Materno, Saúde Mental, Câncer de Mama e Câncer de Próstata, respectivamente).

Para além da descrição dessas ações, há um esforço de reflexão sobre como se dá o planejamento e a execução das atividades educativas pelas equipes de saúde da Atenção Básica e suas parcerias (estudantes do PET e estagiários) em termos do processo de trabalho. Isto é, as ações de Educação em Saúde realizadas no seio das unidades de saúde motivadas pelas campanhas governamentais acontecem no contexto da interprofissionalidade, a partir da lógica do trabalho em equipe e de práticas colaborativas?

Nessa direção, a análise das ações de Educação em Saúde vinculadas às campanhas governamentais realizadas nas cinco UBS elencadas, foram realizadas a partir dos relatos de experiências da equipe PET (preceptores e estudantes), da observação participante e dos registros nos diários de campo, com base na análise temática de Minayo (Minayo, 2010), a partir da categoria de análise Interprofissionalidade

definida aprioristicamente em concordância com as tutoras orientadoras do PET.

CAMPANHAS GOVERNAMENTAIS DE SAÚDE

As práticas em Saúde Coletiva se coadunam com ações que devem ser realizadas pelas equipes de saúde da Atenção Primária, pois envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos e reabilitações em nível comunitário. Esse campo de atuação congrega diversos atores – epidemiologistas, planejadores, gestores, profissionais da saúde e pesquisadores de várias áreas que balizam práticas de caráter transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transeletores (Paim, 2006; Sagaz & Lucietto, 2016) em prol da efetividade de seus objetivos.

Para tanto, os profissionais que atuam nesse campo exercem funções estratégicas no planejamento, da implementação e da avaliação de ações e programas para garantir mudanças sustentáveis e duradouras na saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Dessa forma, os profissionais de saúde que trabalham nas ações coletivas de saúde podem atuar em diversos espaços sociais, tais como unidades de saúde, centros de saúde, hospitais, escolas, creches, associações de moradores e outros equipamentos sociais.

Especificamente no tocante ao trabalho das equipes de saúde, além da prática clínica, elas precisam também desenvolver campanhas e programas, com o intuito de empreender mudanças de crenças, atitudes e comportamentos nas pessoas e grupos em prol da melhoria de sua saúde. Precisam ainda buscar estratégias eficazes para realização de atividades educativas e que sensibilizem a conscientização de temas tabus e que, por vezes, estão diretamente relacionados a crenças e valores religiosos, tais como a prática de sexo seguro, a doação de sangue e/ou de órgãos (Sagaz & Lucietto, 2016). Isso implica na necessidade e habilidade para planejar ações que garantam mudanças sustentáveis e duradouras em seus hábitos, condições e estilos de vida, sendo este um grande desafio para os profissionais de saúde (Paim, 2006).

É nesse cenário que se inserem as campanhas governamentais de saúde que, alicerçadas nos pressupostos do Marketing Social, buscam a promoção da saúde, a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da sociedade, por meio de estratégias que promovem transformações em dois níveis: na estrutura do ambiente (nos territórios e espaços coletivos) e no nível individual, estimulando mudanças de atitudes, intenções e comportamentos (Boeiro, 2015; Sagaz & Lucietto, 2016; Silva et al, 2015, Silva & Mazzon, 2018).

É de conhecimento tácito que a desigualdade social impacta negativamente os indicadores de saúde, especialmente no que se refere aos aspectos econômicos (Barata, 2009). Mas, pesquisas recentes têm encontrado que, dos determinantes sociais da saúde, a educação é a que melhor se relaciona com o maior grau de coesão social, melhor saúde, bem-estar e comportamentos saudáveis na vida adulta, podendo ajudar também a reduzir a incidência de doenças crônicas e a melhorar a

gestão pessoal de doença (Boeiro, 2015). Por conseguinte, estratégias de Marketing Social têm sido crescentemente utilizadas por governos e organizações públicas a partir dos anos de 1970, com o intuito de promover o bem-estar social através de mudanças positivas no ambiente e no enfrentamento dos problemas de saúde que causam dor, sofrimento e gastos para indivíduos e populações. Os impactos das ações de Marketing Social têm potencial para promover transformações sustentáveis ao longo do tempo, o que é relevante tanto para os objetivos da Saúde Coletiva como para os profissionais de saúde que tinham nesse ponto um desafio (Sagaz & Lucietto, 2016).

Boeiro (2015) afirma que, para haver sucesso na adoção coletiva de comportamentos saudáveis, é preciso compreender que o problema necessita de uma abordagem holística na comunicação. Assim, “as campanhas de comunicação em saúde devem integrar mensagens que, direta ou indiretamente, informem e, conseqüentemente, influenciem a alteração e manutenção de comportamentos saudáveis” (Boeiro, 2015, p.7). Em consonância com esta ideia, Sagaz e Lucietto (2016) defendem que para promover mudanças em saúde é preciso, em algum momento, atuar sobre questões enraizadas na cultura de populações, e defendem que o Marketing Social por adotar mecanismos ligados à administração de programas públicos, possibilitando a difusão do conhecimento e do aprimoramento das práticas da gestão em saúde, o que pode influenciar ideias e causas sociais, conscientizando ou sensibilizando pessoas, auxiliando na aceitação de ideias sociais, modificando sua percepção e disseminando os valores desejados para cada sociedade.

Esses autores analisam a produção científica brasileira encontrando diversas pesquisas que evidenciam que o Marketing Social pode ou tem sido utilizado com finalidades diversas atreladas à Saúde Coletiva, seja através de ações diretamente ligadas às causas sanitárias ou através de ações que se relacionam às práticas de saúde.

Dentre estas, destacaram-se ações tipicamente governamentais, amplas, direcionadas à população em geral, como campanhas de vacinação (Costa et al., 2013; Lara et al., 2015; Rezende et al., 2015), campanhas de combate a doenças e epidemias (como a dengue e AIDS) (Porto et al., 2005; Costa et al., 2013; Schneider; Luce, 2014; Rezende et al., 2015), cuidados de higiene (Freitas da Costa; Matos, 2009), promoção da saúde (Mota et al., 2013; Martins et al., 2014; Schneider; Luce, 2014) e prevenção de doenças bucais (Minciotti, 1983). Além destes, ações voltadas a públicos específicos, seja em função de segmentação por ciclo de vida, como é o caso da promoção do aleitamento materno (Martins et al., 2014) e do cuidado de idosos (Streit;

Acosta, 2011) ou por condições de vida, saúde e doenças, como é o caso do uso de medicamentos (Mazzon, 1982) e de saúde da mulher (violência sexual, violência doméstica e na terceira idade) (Silva; Mazzon, 2015) (Sagaz & Lucietto, 2016, p. 26).

Nessa direção, o formato de marketing intrínseco nas campanhas governamentais de saúde se relaciona diretamente com a modificação dos conceitos de estilo de vida e condições de vida, influenciando as escolhas e os comportamentos humanos em prol da melhoria de sua saúde (Silva & Mazzon, 2018). Nelas, enquadram-se as campanhas que têm relacionado um foco de saúde específico às cores e aos meses do ano que chamaremos aqui de campanhas dos meses coloridos. Em geral, essas campanhas são utilizadas como mote das ações de promoção à saúde nos serviços de Atenção Básica e, frequentemente, envolvem as equipes de saúde na elaboração de ações temáticas.

Assim, compreendendo que as ações educativas empreendidas pelas equipes de saúde são campos férteis para o trabalho colaborativo e a potencialização de práticas interprofissionais no bojo da Atenção Básica (Oliveira et al, 2021), serão relatadas algumas intervenções em que as equipes de saúde juntamente com os atores do PET-Saúde Interprofissionalidades estiveram envolvidos nos anos de 2019 e 2020.

CAMPANHA AGOSTO DOURADO

No Brasil, agosto foi instituído como o mês do aleitamento materno pela Lei 13.435/2017, que determina que durante todo o mês serão intensificadas ações intersetoriais de orientações sobre a importância e o estímulo ao aleitamento materno (Brasil, 2017). A cor dourada foi escolhida para simbolizar o padrão ouro de qualidade do leite materno.

No âmbito da Atenção Básica, a consulta de pré-natal com a equipe de saúde da UBS é campo propício para as ações de educação em saúde, abordando a temática do aleitamento materno. Nesta direção, iremos relatar uma intervenção alusiva à campanha Agosto Dourado realizada pelas profissionais da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida (UBS NSA), em Campina Grande, com as estudantes do PET dos cursos de Psicologia e Enfermagem.

A ação teve como público-alvo mulheres mães, gestantes e puérperas usuárias da UBS NSA, e sua ideia surgiu no início do mês de agosto de 2020, durante a pandemia do coronavírus. O objetivo da intervenção foi realizar ações de educação em saúde sobre a temática Aleitamento Materno de maneira remota, a partir da divulgação de materiais gráficos por meio da rede social Instagram, já que nesse período o isolamento social impedia a realização de ações coletivas.

Para tal, foi escolhida uma abordagem participativa em que as gestantes, puérperas e familiares seriam protagonistas dessa intervenção. Assim, a equipe de

saúde entrou em contato com as mulheres através do WhatsApp para agendar consultas presenciais tanto para orientações sobre o tema quanto para participarem da campanha como modelos.

Por conseguinte, foram utilizadas fotos digitalizadas das mulheres gestantes, amamentando seus bebês e também com familiares acompanhando o momento da amamentação. As fotografias foram solicitadas via WhatsApp ou realizadas na própria Unidade de Saúde no momento da consulta de pré-natal. O material gráfico foi elaborado na plataforma Canva, na qual foi inserido um fundo temático sobre o tema Agosto Dourado e as logomarcas da UBS NSA e do PET-Saúde Intreprofissionalidades da UFCG.

O processo de fotografar as gestantes serviu ainda como um momento de contação de histórias e descontração entre “fotógrafas” (profissionais de saúde da UBS) e “modelos” (usuárias da UBS), em que cada uma dentro do seu conhecimento técnico ou experiencial contribuiu com seus saberes para potencializar a prática do aleitamento materno.

Houve também a inclusão de fotos das próprias profissionais amamentando, o que potencializou o vínculo e a identificação entre a equipe de saúde e as gestantes e puérperas. A percepção de que as profissionais da equipe também eram mães, assim como elas, possibilitou o entendimento de que as mulheres enfrentam os mesmos medos e as mesmas aflições inerentes ao ato de amamentar, independentemente de sua profissão. Assim, percebemos que essa ação fortaleceu os laços de confiança e a vinculação com a equipe, além de gerar maior comprometimento com a amamentação do recém-nascido.

Também foi elaborado um vídeo para a ação Minuto Saúde PET sobre a amamentação que abordava o tema em apenas 1 minuto. Para a criação do vídeo, foram selecionadas informações retiradas da Cartilha de Amamentação do Fundos das Nações Unidas Para Infância (UNICEF, 2020) e da Caderneta da Saúde da Criança (Brasil, 2013) e que enfatizavam, além de fatores relativos à alimentação, questões como vínculo, proteção e acolhimento. Abordou-se, ainda, os temas: nutrientes essenciais do leite materno; características da mama (tamanho e tipo de mamilo) e sua relação com a amamentação; e, por fim, a importância da exclusividade do leite materno até os seis meses de vida do bebê. O vídeo foi criado com intuito de apresentar as informações de forma concisa e de fácil entendimento. A edição do vídeo foi feita em plataforma de criação gráfica e, assim como as fotos, ele foi publicado no Instagram, Facebook e no grupo de gestantes do WhatsApp da UBS NSA.

O uso de mulheres mães da própria comunidade como modelos das artes gráficas da Campanha Agosto Dourado possibilitou que rostos conhecidos fossem a marca dessa ação de promoção da saúde, alcançando, por um lado, um maior engajamento e participação dessas mulheres e seus familiares, bem como de toda comunidade e, por outro lado, mobilizando toda a equipe de saúde na preparação do ambiente da UBS para o acolhimento e para oferecer orientação

a essas mulheres.

As ações realizadas durante o mês de agosto na UBS NSA estreitaram a distância entre quem produz o material educativo em saúde e quem recebe a informação, estratégia de grande relevância em tempos de isolamento social. Algumas profissionais (médica, enfermeira e dentista) enviaram fotos próprias amamentando e também articularam junto às usuárias, para que mais mulheres e familiares pudessem participar da ação. Ressalta-se, contudo, que o isolamento social limitou o contato com as demais mulheres da comunidade, ficando restrito às participantes do grupo de WhatsApp de gestantes, bem como as que foram atendidas presencialmente na unidade.

O planejamento da atividade foi elaborado e compartilhado com os demais profissionais da equipe de saúde através do grupo de WhatsApp. Assim, de modo remoto, foi possível apresentar a proposta e integrar a equipe na ação. No entanto, as decisões e os retornos em âmbito interprofissional tornaram o processo mais demorado, o que atrasou a postagem do material. É possível que a comunicação remota possa ter contribuído para acentuar isso. Contudo, apesar dessa limitação, houve engajamento interprofissional da equipe, tornando a atividade mais fluida, em um processo participativo de educação em saúde.

CAMPANHA SETEMBRO AMARELO

Setembro é o mês mundial de prevenção do suicídio, momento em que são promovidos eventos que debatem e divulgam o tema alertando à população sobre a importância de sua discussão. No Brasil, a campanha Setembro Amarelo foi assumida desde 2015 pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Em termos de legislação federal, no entanto, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio só foi instituída em 2019 pela Lei nº 13.819 de 26 de abril 2019. Conjuntamente, também foi publicado o Decreto nº 10.225/2020 que, dentre outros objetivos, visou a estabelecer normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

Como fenômeno complexo que pode afetar pessoas de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero, o suicídio ainda representa um tabu relacionado a questões religiosas, morais e culturais, o que dificulta a abordagem do tema. Para a Organização Mundial de Saúde, é possível prevenir o suicídio desde que, dentre outras medidas, os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção estejam aptos a reconhecer os fatores de risco presentes e agir segundo as determinações desta entidade.

Nesse viés, a campanha Setembro Amarelo pode estar inserida nas ações educativas das Unidades de Saúde, a partir de atividades de promoção à saúde mental e de identificação da demanda de usuários da AB que estão em sofrimento psíquico moderado ou grave, agudo ou crônico, e que também necessitam de acesso e acompanhamento à Rede de Atenção Psicossocial.

Em consonância com essa ideia, foi criado um grupo de apoio psicológico com os usuários da Unidade Básica de Saúde Ronaldo Cunha Lima que teve como fundamento a demanda dos profissionais de saúde. A equipe relatou que muitos usuários procuravam a UBS exclusivamente para renovação de receita de psicotrópicos, sem ter nenhuma forma de acompanhamento psicológico ou terapêutico, o que compromete o atendimento integral dos usuários.

Assim, aproveitando o mote da Campanha Setembro Amarelo na UBS, o psicólogo do NASF que fazia o apoio matricial da equipe de saúde da UBS, juntamente com dois estudantes do PET-Saúde Interprofissionalidade dos cursos de Medicina e Enfermagem e com estagiárias do curso de Psicologia, criaram o grupo de apoio psicológico.

O objetivo principal do grupo foi abordar o tema da saúde mental por meio de rodas de conversa. Pretendia-se, ainda, que, com a criação do grupo, houvesse uma minimização do processo de medicalização dos usuários que apresentavam sintomas de transtornos mentais comuns e aumentasse o vínculo entre usuários do grupo e equipe de saúde.

O grupo de apoio psicológico ficou ativo de setembro a novembro de 2019, funcionou no turno matutino com encontros quinzenais na sala de reuniões da própria UBS e tinham duração de 4 horas em função da demanda de fala do grupo. Antes de se iniciar as rodas de conversa temáticas propriamente ditas, era realizado acolhimento com a participação de todos. Os usuários aparentavam gostar bastante desse momento, pois sempre eram bem interessantes e divertidos. Foram utilizados materiais de papelaria (canetas, cartolinas, etc.), imagens e textos para tornar os debates mais interativos e lúdicos. Ressalta-se ainda que sempre havia incentivo à participação dos usuários durante as rodas de conversa.

A discussão da temática escolhida (suicídio, depressão, ansiedade, etc.) pelos usuários era realizada na roda de conversa subsequente, com a participação ativa dos usuários, do preceptor, do discente do PET, das estagiárias e, por vezes, de alguns membros da equipe de saúde. Ao final de cada encontro, eram realizadas avaliações as quais era questionado o que o grupo tinha achado do encontro, o que podia melhorar, e as sugestões para os próximos encontros. Frequentemente, apresentavam-se feedbacks positivos sobre aquele espaço como lugar proveitoso para falar, que gerava confiança, identificação e aprendizagens.

Percebeu-se ainda que essa ação permitiu o estímulo ao diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a criação e o fortalecimento de vínculo entre esses profissionais e os usuários, bem como fomentou a escuta de tais profissionais sobre medos e anseios dos usuários, especialmente no tocante aos temas de saúde mental, o que nos possibilitou repensar o cuidado em saúde ofertado na unidade.

Através do trabalho em grupo, obtivemos melhores resultados, pois o conhecimento era compartilhado através de pontos de vista diferentes (Enfermagem, Medicina e Psicologia), de forma que todos participassem respeitando a singularidade de cada área profissional da saúde. Lidar com essas diferentes áreas de

formação resultava em uma complementaridade de perspectivas, enriquecendo a discussão. O respeito à opinião do outro e o incentivo à participação de todos na roda de conversa promovia uma relação horizontal, em que estávamos contribuindo com nossos saberes, trocando experiências e aprendendo uns com os outros. No entanto, essa colaboração acontecia entre o psicólogo, os alunos PET e as estagiárias, pois os profissionais da equipe (médico, técnica de enfermagem, ACS) só participaram do primeiro encontro devido às demandas da UBS.

OUTUBRO ROSA

A campanha Outubro Rosa foi instituída pela Lei nº13.733, de 16 de novembro de 2018, definindo que deverão ser realizadas anualmente, no mês de outubro, atividades para conscientização sobre o câncer de mama (Brasil, 2018).

Como as mulheres são prioritariamente o público que mais frequenta as Unidades Básicas de Saúde, pois são culturalmente responsáveis pelo cuidado de suas famílias (Gutierrez; Minayo, 2008) e possuem um histórico maior de autocuidado, as atividades educativas vinculadas à saúde da mulher são mais frequentes no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.

Neste sentido, em 2019, a temática do Outubro Rosa foi abordada em ações educativas por duas UBS em que o grupo PET estava inserido, sendo necessário relatar ambas experiências.

Durante o mês de Outubro, as atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Adalberto César estavam voltadas à Campanha Outubro Rosa. Desse modo, foi proposta a realização de uma manhã de atendimento exclusiva às mulheres no mês de Outubro de 2019.

Para o planejamento das atividades ligadas à campanha, foi marcada reunião com as equipes de saúde da família e equipe de apoio da UBS, a assistente social do NASF, estagiárias de enfermagem da UFCG e alunas do PET que traçaram as seguintes estratégias: busca ativa de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e realização de um circuito na UBS composto por quatro atividades com foco na prevenção do câncer de mama.

As atividades que compunham o circuito de atividades permitiam a divisão das mulheres em grupos que percorriam os espaços da UBS de acordo com as seguintes modalidades: atividade física; medidas antropométricas e verificação de pressão arterial; educação em saúde com uso de metodologias ativas; e consultas clínicas.

Inicialmente, foi realizada uma anamnese, avaliação dos dados antropométricos e de níveis pressóricos. Posteriormente, o exame clínico das mamas e as solicitações de exames, encaminhamentos e/ou prescrição medicamentosa, quando necessário.

A atividade física foi realizada por um educador físico voluntário que, ao som da zumba, mobilizou as usuárias, profissionais e trabalhadores de saúde convocando-as a dançarem e praticarem atividades físicas com o objetivo de despertar

a necessidade de combater o sedentarismo.

A educação em saúde foi desenvolvida por meio de rodas de conversa facilitada pelas estudantes do PET, promovendo o diálogo entre a equipe de discentes, profissionais e usuárias, enfatizando a troca de conhecimentos e o estímulo à participação ativa e discussão do tema. Nesse momento, as usuárias participaram do debate e trouxeram suas histórias e dúvidas sobre a temática em um diálogo e compartilhamento de saberes.

As consultas médica e de enfermagem foram realizadas na perspectiva da singularidade e multidimensionalidade da mulher, com foco não só no exame clínico da mama, mas também na acolhida das queixas das usuárias e nas suas necessidades de saúde.

A preparação da ação foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tiveram papel fundamental para a realização da atividade, sendo eles o elo principal entre a comunidade e a UBS. Além disso, a convocação das mulheres para o evento foi realizada mediante convites entregues às mulheres em suas visitas domiciliares. Por fim, ressalta-se que as ações planejadas foram desenvolvidas com o envolvimento de toda equipe com diferenças de atribuições em cada atividade, mas com a perspectiva colaborativa de atuação.

Outro subgrupo do PET também foi convidado para realizar uma atividade educativa para a campanha do Outubro Rosa, em 2019, na Unidade Básica de Saúde João Rique. A atividade consistiu em abordar a temática da prevenção do câncer de mama junto às mulheres assistidas pela UBS a partir de uma atividade educativa que promovesse trocas de experiências entre elas e a equipe de saúde, abordando orientações sobre como fazer o autoexame, relatos de experiências sobre a realização de mamografia, sentimentos que emergiram durante esses momentos, ressaltando a importância do autocuidado e autoconhecimento dos seus próprios corpos.

O grupo foi composto por cerca de 50 mulheres adultas a partir dos 40 anos de idade que foram convidadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O encontro foi promovido pelas duas equipes da Estratégia Saúde da Família existentes na unidade, equipe do NASF e o grupo do PET (a fisioterapeuta do NASF, enquanto preceptora, e um aluno de Psicologia). Nesse dia, foi necessária a suspensão dos atendimentos individuais da população, possibilitando a presença de todos os profissionais na atividade.

Inicialmente, foi realizado o acolhimento das mulheres pelo grupo PET, onde foi promovido uma prática corporal com o intuito de “quebrar o gelo” e causar uma interação entre elas. Em seguida, o direcionamento da atividade foi assumido por uma das enfermeiras que realizou um breve momento de explanação sobre o que é o câncer de mama, quais os fatores de risco, como realizar o toque na região mamária, onde e quando solicitar atendimento médico e exames. Ainda nesse momento, foi provocada a socialização delas com perguntas disparadoras gerando discussão e trocas de experiências, enfatizando a dificuldade de acesso

a consultas especializadas e à marcação de exames com retorno tardio.

Posteriormente, foi promovido um momento especial, com a participação de uma moradora da comunidade, usuária da UBS, que relatou sua experiência com o câncer de mama, citando desde a identificação dos primeiros sintomas até o tratamento que resultou em cura, passando pelos impactos causados pela doença tanto de cunho emocional (a baixo autoestima, a não aceitação da doença) quanto no âmbito social (o preconceito, a fé).

Ao final do encontro, a equipe ofereceu um café da manhã para as mulheres, momento em que as usuárias puderam conversar livremente entre si ou com os profissionais da equipe. O grupo elogiou a ação e como sugestão afirmou a necessidade de mais momentos de troca de experiências, inclusive sobre outros temas.

Identificou-se como limitações desta atividade o curto espaço de tempo para realizar o planejamento que ocorreu em um encontro pontual, sendo os demais ajustes e imprevistos discutidos e resolvidos através do grupo de WhatsApp dos profissionais da equipe, bem como a limitação de infraestrutura da unidade, pois, como o auditório não comportava a totalidade de mulheres público-alvo do encontro, limitou-se os convites às usuárias.

Apesar disso, a construção e execução da atividade se desenvolveu de forma coletiva, levando o protagonismo de todos os atores da unidade. Ter as duas equipes de saúde, o NASF e o grupo do PET com perspectivas, experiências e formações distintas proporcionou a atenção aos mais diversos aspectos que envolviam a atividade e a comunidade. Mesmo havendo divisão de tarefas, pois se fez necessária para a concretização da atividade, em nenhum momento se perdeu a compreensão do trabalho em equipe.

NOVEMBRO AZUL

A Nota Técnica Conjunta Nº 001/2015 do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer INCA reconhecem a Campanha Novembro Azul e apoiam a abordagem integral à saúde do homem. Está, em uma das ações recomendadas pela nota, a capacitação dos agentes comunitários e profissionais das equipes de saúde da família para abordar o tema da prevenção ao câncer de próstata e orientar sobre a necessidade de o homem buscar as unidades de saúde para cuidados integrais.

A legislação federal que aborda a campanha está centrada tanto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), Portaria GM/MS 1.944 de 27 de agosto de 2009, quanto na Lei 13.045/2014, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata quando necessário.

Em contraposição ao público feminino, os homens são os que menos frequentam as Unidades Básicas de Saúde (Gomes et al., 2007), seja pelo horário do serviço que compete com o horário de trabalho, seja pela tradição de delegar os cuidados da família às mulheres, inclusive os seus.

Assim, com o impulsionamento nacional das campanhas de cuidado à saúde do homem, em 2019 a temática do Novembro Azul também foi abordada por duas UBS, assim como a campanha do Outubro Rosa. As ações educativas das quais os grupos PET participaram serão descritas a seguir.

O diagnóstico situacional realizado pelas alunas do PET detectou ausência de ações de educação em saúde e atividades voltadas exclusivamente para os homens na agenda dos profissionais de saúde da UBS Adalberto César. Assim, em 2019, aproveitando a campanha do Novembro Azul na unidade, foi proposta uma manhã de atendimento aos homens no mês de novembro com o envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade.

Em reunião com as equipes de saúde da família e equipe de apoio da unidade, assistente social do NASF, estagiárias de enfermagem da UFCG e alunas do PET, foram traçadas as seguintes estratégias: busca ativa de usuários do sexo masculino na faixa etária dos 20 aos 59 anos; educação em saúde sobre direitos do homem e autocuidado; e consulta interprofissional para realização de testes rápidos de HIV, sífilis e Hepatite B, solicitação de exames, encaminhamentos ou prescrição medicamentosa quando necessário.

No dia da ação, foi utilizada a metodologia da roda de conversa como forma de construção do conhecimento e participação ativa dos participantes. Isso possibilitou que os conhecimentos que os usuários já detinham fossem valorizados e compartilhados com os demais, favorecendo o debate desse tema de forma leve, crítica e reflexiva. Também foram utilizados encartes do Movimento Novembro Azul, em apoio à Sociedade Brasileira de Urologia, contendo informações simples e objetivas sobre o câncer de próstata, o exame de toque e a importância do autocuidado.

Nessa ação, buscou-se enfatizar o debate proporcionado pela roda de conversa, com foco no autocuidado e na percepção corporal de sinais e sintomas que demandassem atendimento por um profissional de saúde. Essas orientações foram realizadas com o envolvimento de toda equipe de planejamento da ação, tanto respeitando as competências técnicas de cada profissão quanto possibilitando o trabalho colaborativo entre a equipe.

Em tal atividade, percebeu-se um envolvimento menos intenso e uma participação mais simplória da equipe de profissionais. Talvez esse fato se deva a menor familiaridade com ações voltadas para a saúde do homem e por esse tema ser permeado por questões complexas de preconceito e receios. Entretanto, a participação da população foi significativa, demandando participação efetiva de todos aqueles que estiveram na organização e execução da atividade.

Além disso, o trabalho interprofissional da Enfermagem e da Medicina aconteceu efetivamente quando os profissionais realizaram atendimento simultâneo e integrado aos usuários. A importância desse momento foi inegável, não apenas por ser um momento singular de abordar a população masculina acerca da sua saúde, mas também porque os usuários realizaram testagem para Infecções Sexualmente

Transmissíveis (ISTs), mediante a disponibilização dos testes rápidos. Como alguns dos usuários testaram positivo, foi necessário manejo clínico imediato de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), o que exigiu ações colaborativas e interprofissionais.

No mês de novembro de 2019, o subgrupo do PET foi convidado para realizar uma atividade educativa do “Novembro Azul” na UBS de Bodocongó devido a um imprevisto com os alunos estagiários que iriam realizar a ação. Como o convite foi repentino, tentamos pensar em algo prático que desse tempo de organizar em pouco tempo. Assim, optamos por fazer um Círculo de Cultura, com o objetivo de conscientizar sobre a importância da Saúde do Homem

No encontro, estavam presentes 11 homens residentes na comunidade. Após o acolhimento, iniciou-se o Círculo de Cultura. Os participantes foram divididos em três grupos para os quais foram entregues folhas de papel e lápis hidrocor. Foi solicitado que eles colocassem na folha 10 palavras que lhes remetesse à Saúde do Homem. Alguns participantes apresentaram resistência no começo, mas conforme fomos orientando e estimulando, foi possível a participação de todos.

Posteriormente, três cartolinas foram posicionadas na parede e foi solicitado que os grupos dissessem as palavras que escreveram. Conforme as palavras foram ditas, iam sendo escritas nas cartolinas de cada grupo. Essas cartolinas serviram para apresentar as produções grupais e para viabilizar a discussão. Para o debate, optou-se por destacar as palavras ou frases que se repetiram com frequência nas cartolinas de cada grupo, perguntando aos usuários qual a percepção e o impacto daquele ponto em suas vidas. Os tópicos mais abordados na atividade foram: o interesse de se cuidar, fazer os exames corretamente; o atendimento de qualidade na Atenção Primária; e o abandono do estilo de vida sedentário.

Nas discussões, a equipe de saúde pode esclarecer as dúvidas que surgiram e também mostrar a importância de os homens frequentarem a UBS para acompanhamento contínuo de sua saúde. Ao final da discussão do círculo de cultura, a equipe da UBS ficou responsável por oferecer um lanche para as pessoas presentes, nesse momento puderam conversar uns com os outros de forma mais informal. Alguns homens, os mais retraídos, buscaram informações e empreenderam um diálogo com a equipe enquanto a equipe de saúde realizava triagem, com aferição de pressão arterial, glicemia capilar e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite C.

A atividade foi elaborada pela equipe PET e contou com a colaboração da equipe de saúde da unidade (enfermeira, médica, técnica de enfermagem, dentista e ACS), bem como a equipe do NASF (psicóloga e fisioterapeuta) para sua execução.

Durante o processo de construção da ação, composta por diversos momentos, os materiais foram preparados consultando a enfermeira da equipe que deu orientações quanto ao público alvo e seu engajamento. Apesar do planejamento não contar com a participação de todos, no momento da ação foi possível notar a interação entre os profissionais da equipe que se engajaram na discussão. A colaboração da equipe no debate sobre os temas emergentes foi de grande

importância para viabilizar a discussão do círculo de cultura, possibilitando um maior esclarecimento aos usuários a partir da perspectiva de diversos saberes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como o tema aleitamento materno é abordado frequentemente nas consultas de pré-natal e visita puerperal, atividades de rotina das UBS, pois fazem parte das ações preconizadas ao cuidado materno-infantil na Atenção Básica (Caldeira, 2010), essa campanha só foi abordada por uma UBS no ano de 2020. Talvez por se tratar de uma campanha mais recente, a celebração do Agosto Dourado aparentou ter menor envolvimento dos profissionais no ano anterior. No entanto, com o isolamento social, ocorrido devido à pandemia do coronavírus, esse tema se tornou relevante, tendo em vista a limitação de consultas e visitas dessa natureza.

O foco abordado na campanha Setembro Amarelo é a prevenção ao suicídio e, assim como os temas vinculados à saúde mental, continua sendo um gargalo da Atenção Básica. Conforme Moliner e Lopes (2013), um dos grandes desafios para concretização do cuidado integral na atenção básica reside na atenção à saúde mental, muitas vezes permeada por uma concepção biomédica de saúde que utiliza de estratégias medicalizantes e estereotipadas para lidar com as demandas de saúde mental dos usuários, negligenciando a dimensão subjetiva e social desses sujeitos. Para os autores, os profissionais de saúde da Atenção Básica precisam estar preparados para ouvir e reconhecer que a demanda em saúde mental vai além do transtorno mental instalado, e permeia a necessidade de uma maior articulação intersetorial com os serviços da rede de atenção psicossocial.

Assim, a campanha Setembro Amarelo também só ocorreu em uma UBS e a presença do psicólogo do NASF como apoiador matricial da equipe foi crucial para sua realização. Hirdes (2015) já apontava a importância do suporte sistemático e longitudinal dos especialistas do NASF na área de saúde mental como fator fundamental para a descentralização das ações e interlocução entre profissionais da Atenção Básica com este campo.

As ações mais prevalentes nas cinco UBS elencadas no estudo foram vinculadas às campanhas dos meses de Outubro e Novembro, que foram realizadas em duas unidades.

Considerada uma das campanhas mais populares da área de saúde, a campanha Outubro Rosa conta com a adesão da sociedade, dos pacientes, dos profissionais de saúde, das empresas e das organizações da sociedade civil, que se engajam na luta contra o câncer de mama. Além disso, há divulgação significativa na mídia, fato que contribui para participação das pessoas nas atividades (Assis, et al., 2020).

Logo no mês seguinte, inicia-se o “Novembro Azul” que, a exemplo da campanha do mês anterior, conta com o empenho dos profissionais da Atenção Básica em realizar ações direcionadas para a população masculina, principalmente com

oferta de atendimentos no período noturno para facilitar o acesso do público-alvo. Por outro lado, pontua-se que apesar dos inúmeros avanços dessa campanha, a grande maioria das ações direcionadas à saúde do homem ainda é pontual e meramente assistencialista, uma vez que parece existir um direcionamento para os aspectos biomédicos do aparelho geniturinário em detrimento dos princípios da integralidade e dos pressupostos da promoção da saúde (Matos, 2019).

De modo geral, no planejamento das atividades de Educação em Saúde das cinco UBS foram priorizadas estratégias ativas e participativas embasadas na Educação Popular em Saúde, buscando a construção do saber e o empoderamentos dos usuários público-alvo dessas ações. Passarella (2013) apontou em sua dissertação a crescente utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem nas ações das equipes de saúde direcionadas à comunidade, especialmente quando as unidades de saúde possuem parcerias com instituições de ensino superior para realização de estágios e ações do PET-Saúde. Diversos autores (Cavalcante et al, 2021; Grilo, 2021; Moraes et al, 2021; Gonçalves et al, 2021) também relatam o uso de metodologias participativas em atividades educativas nas unidades básicas de saúde promovidas pela equipe (alunos e preceptores) do PET-Saúde GraduaSUS.

Assim, a estratégia mais utilizada nas ações educativas foi a roda de conversa, mas também foram utilizadas outras metodologias, tais como círculo de cultura, fotografias, vídeos, ressaltando que o diálogo com a comunidade se constituiu como elemento central das ações, permitindo tanto a interação dos usuários entre si a partir do compartilhamento de saberes quanto a aproximação deles com os profissionais da equipe de saúde, possibilitando orientações gerais (nos momentos grupais) e específicas (em momentos de consulta ou de conversa livre após a atividade grupal).

A maior parte das ações relatadas citou a participação da equipe de saúde da UBS junto à equipe do NASF e dos parceiros (alunos PET e estagiários) no planejamento e na execução das ações educativas. Apontaram, ainda, a presença de práticas colaborativas e de trabalho em equipe nas atividades educativas que abordaram as campanhas de saúde dos meses coloridos citadas. Também foi relatado que a diversidade profissional nas ações educativas promoveu uma visão ampliada dos aspectos de saúde abordados nas intervenções, o que contribuiu para uma abordagem integral tanto dos temas dessas campanhas quanto da atenção às necessidades dos usuários participantes dessas ações.

Esses achados sugerem que as campanhas governamentais de saúde têm sido abordadas pelas equipes de saúde da Atenção Básica por meio de atividades educativas envolvendo os diversos profissionais desde o planejamento até sua execução, corroborando com os pressupostos da interprofissionalidade. Alguns estudos (Passarella, 2013; Magnano et al., 2019) também têm encontrado resultados semelhantes, destacando avanços no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, bem como a intensificação das ações colaborativas e de práticas interprofissionais nas equipes de saúde da Atenção Básica.

A interprofissionalidade foi definida como um dos princípios gerais que devem ser incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de todos os cursos de graduação da área da saúde tanto pela Resolução do CNS nº 569 quanto pelo Parecer Técnico CNS Nº 300 (BRASIL, 2018), surgindo como um elemento norteador para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas dos cursos, devendo compor o perfil dos egressos dos cursos de saúde. Isso justifica a presença de estagiários de diversos cursos de saúde e de alunos do PET nas cinco UBS, bem como seus impactos no cotidiano de trabalho das equipes da Atenção Básica em que estão inseridos.

Nessa direção, percebemos que esses estudantes tencionam os profissionais da equipe de saúde para o desenvolvimento de práticas colaborativas e interprofissionais, pois fazem parte do hall de suas aprendizagens. Caldeira et al (2010) e Parma et al (2019) também coadunam desse pensamento, pois identificaram, em suas pesquisas, que os profissionais percebem a presença de alunos de Medicina na UBS como promotor do trabalho interdisciplinar e orientado à comunidade, de integração e autoaprendizado da equipe, promovendo alterações no processo de trabalho.

De modo geral, Costa e Borges (2015), ao analisarem as políticas indutoras de reorientação da formação profissional em saúde, afirmam que o Pró-PET-Saúde tem efetivado mudanças significativas nas práticas profissionais da equipe de saúde, estimulando a educação interprofissional. Nessa direção, a interprofissionalidade tem sido um dos princípios que orienta as ações de Educação Permanente em Saúde, especificamente no âmbito das ações dos PET-Saúde (Almeida et al, 2019), reafirmando a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde, de modo a garantir a integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das cinco intervenções de educação em saúde motivadas pelas campanhas governamentais dos meses coloridos e realizadas nos anos de 2019 e 2020 pelas equipes ampliadas de saúde da família juntamente com os atores do PET-Saúde Interprofissionalidades, foi possível problematizar a organização do processo de trabalho a partir da perspectiva da interprofissionalidade.

Observou-se, nos relatos das intervenções, a predominância de práticas colaborativas, demonstrando que o trabalho em equipe ocorreu desde o planejamento até a execução das ações no contexto da interprofissionalidade. Ressaltou-se também a importância da presença dos estudantes do PET e de estagiários nas UBS, bem como sua participação nas ações educativas, trazendo um novo fôlego motivador à equipe que, na lida com esses novos atores no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, apreendem inovações metodológicas às ações educativas, a partir de propostas mais participativas e que consideram os usuários como coautores de sua saúde. Essa nova rotina da UBS incorpora novos sujeitos

mais empoderados e gera abertura para o desenvolvimento de práticas colaborativas na equipe de saúde da Atenção Básica.

Apesar da relevância acadêmico-científica deste estudo, este artigo se limita a análise das ações educativas realizadas em cinco UBS de Campina Grande no período de dois anos, escolhendo como foco as campanhas governamentais dos meses coloridos. Assim, os achados encontrados são limitados a essas equipes, não podendo ser generalizados para todas as equipes de saúde da Atenção Básica do município de Campina Grande. Dessa forma, ressalta-se, aqui, a importância da continuidade de estudos desta natureza, ampliando o número de equipes de saúde para se ter um panorama mais fidedigno da realidade municipal e que reflita como se dá o processo de trabalho da Atenção Básica no tocante à interprofissionalidade.

Por fim, é importante destacar que estamos cientes que o trabalho em equipe não é uma tarefa simples, principalmente quando se atua com uma diversidade de profissões como é o caso da Estratégia de Saúde da Família. São diferentes saberes, diferentes culturas profissionais e diferentes experiências de formação. No entanto, quando se superam os desafios da comunicação e do respeito às especificidades de cada núcleo de saber profissional e consegue-se efetivar ações colaborativas, tais como as relatadas neste capítulo, a potência da interprofissionalidade reflete diretamente na comunidade, pois os usuários se sentem mais acolhidos e relatam terem tido um verdadeiro encontro com a equipe profissional da UBS. Nesses encontros, os usuários têm suas dúvidas e demandas atendidas a partir de diversos olhares, o que possibilita a efetivação da integralidade do cuidado, objetivo principal da interprofissionalidade no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. G. S., Teston, E. F., & Medeiros, A. A. (2019). A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde em Debate*, 43(spe1), 97-105.
- Alves, G. G., & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 319-325.
- Assis, M. De, Santos, R. O. M., & Migowski, Arn. (2020). Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300119. Epub September 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300119>.
- Barata, R.B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Editora FIOCRUZ. Temas em Saúde collection.
- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à Educação Interprofissional*. Caipe.

- Batista, N. A. (2012). Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2: 25-28.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013). *Caderneta da Criança*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, 8ª edição.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009) *Temático promoção da saúde IV*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Broeiro, P. (2015). Promoção de saúde e marketing social. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(1), 6-8.
- Caldeira, A. P., Oliveira, R. M., & Rodrigues, O. A. (2010). Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 2), 3139-3147.
- Câmara, A. M. C. S., Grosseman, S., & Pinho, D. L. M. (2015). Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(Suppl. 1), 817-829.
- Cavalcante, G.S.; Canuto, P.J.; Silva, P.M.C.; Brito, T.S.; Souza; V.J.L.; Jordão, A.J.J.M.L. (2021) A potência das metodologias participativas como ferramentas de promoção ao cuidado. Em Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia, p. 143-150.
- Costa, M. V., Freire Filho, J. R., Brandão, C., & Silva, J. A. M. (2018). A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 2), 1507-1510.
- Costa, M. V., & Borges, F. A. (2015). O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(Suppl. 1), 753-763.
- Decreto nº 10.225 de 6 de fevereiro de 2020 (2020). *Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10225.htm

Figueiredo, G. L. A., & Mello, D. F.. (2003). A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 544-551.

Fontana, K. C., Lacerda, J. T., & Machado, P. M. .O. (2016). O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde em Debate*, 40(110), 64-80.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2010). *Os 10 passos para alimentação e hábitos saudáveis: do nascimento até 2 anos de idade*. Edição revisada. https://www.unicef.org/brazil/media/1081/file/Os_10_passos_para_alimentacao_e_habitos_saudaveis.pdf

Gonçalves, C.C.S.A; Cabral, D.G.; Silva; F.M.M.; Moraes, M.M. (2021) Metodologias ativas e participativas na atenção primária à saúde: tenda do conto, terapia comunitária e círculo de cultura como ferramentas de produção de cuidado nos territórios. Em Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia, p. 133-142.

Gondim, G. M.M. (2017) Território e territorialização. In: Gondim, G. M. M (Org.) *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade: volume 1*, EPSJV.

Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.

Grilo, M.T.A.B. (2021) Atenção: pare, olhe, escute – confissões de uma médica da família. Em Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia, p. 124-132.

Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. Souza. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 1), 1497-1508.

Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Cidades*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>

Lei n. 13.819 de 26 de abril de 2019 (2019). *Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm

Lei n. 13.435 de 13 de abril de 2017 (2017). *Institui sobre o mês de agosto como o mês do aleitamento materno*. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13435.htm

Lei n. 13.733 de 16 de novembro de 2018 (2018). *Dispõe sobre atividades da campanha Outubro Rosa*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13733.htm

Lei n. 13.045 de 26 de novembro de 2014 (2014). *Altera as leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o programa nacional de controle do câncer de próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença*. [Bhttps://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13045.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13045.htm)

Magnago, C., França, T., Belisário, S. A., & Santos, M. R. (2019). PET-Saúde/ GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. *Saúde em Debate*, 43(spe1), 24-39.

Matos, M. A. (2019). Novembro azul, política nacional de saúde do homem e a interface com a atenção básica. *Revista Nursing*, 22 (258): 3262

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C.S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12 ed.).São Paulo: Hucitec.

Moliner, J., & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1072-1083.

Moraes, M.M.; Silva; F.M.M.; Cabral, D.G.; Gonçalves, C.C.S.A. (2021) Metodologias participativas para trabalhar saúde mental e consumo de drogas

na atenção primária: potencialidades e desafios na interação entre a universidade, serviços e comunidades. In Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET-GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia, p. 112-123.

Moré, C..L.O.O. Ribeiro, C. (2010). Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico]. In: *Curso de Especialização em Saúde da Família –Modalidade a Distância*. <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>

Nota Técnica Conjunta N° 001/2015. *Posicionamento do Ministério da Saúde a cerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do novembro azul*. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota-tecnica-saude-do-homem-ms.pdf>

Oliveira, S.F.; Brandão, G.C.G.; Jordão, A.J.J.M.L (2021). PET-Saúde/GraduaSUS em Campina Grande/PB: uma experiência de gestão participativa e construção colaborativa Em Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia, p. 19-28.

Oliveira, S.F.; Morais, G.S.N; Silva, C.M.; Andrade, H.R.T.; Barros, M.S.; Sousa, R.S.; Cabral, D.G.; Brito, T.S.; Oliveira, J.O.D.; Medeiros; H.O.; França, I.V. (2021). Processo de Trabalho e Metodologias Participativas na Atenção Básica à Saúde: uma reflexão a partir do PET GRADUASUS. Em Suenny Fonsêca de Oliveira, Gisetti Corina Gomes Brandão & Ana Janaína Jeanine Martins de Lemos Jordão (Orgs.), *PET- GraduaSUS potencializando a integração: ensino serviço & comunidade*. Ideia.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Redes de Profissões de Saúde, Enfermagem e Obstetrícia, Recursos Humanos para a Saúde*. https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20

Pacheco, S. U. C, Rodrigues, Silvia R., & Benatto, M. C. (2018). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. *Mental*, 12(22), 72-89.

Paim, J. S. (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA.

Passarella, T. M. (2013). *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da*

integração ensino-serviço-comunidade. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].

Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 199-201.

Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html.

Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017 (2018). *Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. Aprovar o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde. Aprovar os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

Sagaz, S. M., & Lucietto, D. A. (2016). Marketing Social Aplicado à Saúde Coletiva: Definições, Usos, Aplicações e Indicadores da Produção Científica Brasileira. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 10(3), 16-30.

Santos, L. M., Da Ros, M. A., Crepaldi, M. A., & Ramos, L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 346-352.

Silva, E. C., & Mazzon, J. A. (2018). Revisitando o Marketing Social. *Revista Brasileira de Marketing - ReMark*. Edição Especial 17(6): 806-820.

Silva, E. C., Minciotti S. A., & Gil, A. C. (2013). Resgatando o Conceito de Marketing Social. *Administração Pública e Gestão Social*, 5(2): 63-70.

UMA EXPERIÊNCIA DE VIDA E FORMAÇÃO: AS VIVÊNCIAS RURAIS, ESTÁGIO SUPERVISIONADO E O PET – SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Cinthia Caroline Alves Marques, Ana Alice Domingos Pontes, Thays Cristina de Sousa, Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa, Andresa Casado de Lima, Ana Luiza Marinho Leite, Maria Vívía Casado Marques, Rayssa Nayara Venâncio Bezerra, Marina Maria Adelino Ferreira, Barbara Belmiro Lucas, Vanessa Bessa Da Rocha, Monnalina Dos Santos Costa, Isis Giselle Medeiros Da Costa, Thaissa Machado Vasconcelos, Leonídia Aparecida Pereira da Silva, Juliana e Silva Oliveira, Gracielle Malheiro dos Santos

Resumo

Este trabalho trata-se de um relato de experiência que objetiva descrever as atividades realizadas com a população do território da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes no município de Cuité, Paraíba. Especificamente, as ações foram provenientes das Vivências Rurais com integrantes do PET-Saúde e de uma experiência de Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande. Para tanto, foram utilizados registros de diário de campo de alguns integrantes que conduziram as atividades e que constam entre os autores do presente capítulo. Além disso, foram coletados registros fotográficos de alguns envolvidos nas experiências, que também são autores desse capítulo, para auxiliar a reflexão sobre as experiências vividas. As atividades de educação em saúde desenvolvidas com grupos abordaram as temáticas de higiene e autocuidado; educação alimentar e nutricional; educação ambiental; autoestima e autocuidado de mulheres; saúde do trabalhador; oficina culinária; educação sexual; atividades de educação em saúde e rotina da equipe de saúde. O trabalho realizou-se de forma colaborativa entre estudantes, estagiária, preceptora e com o apoio da coordenação do projeto, assim como com a participação e interação da comunidade. Destaca-se que as experiências na zona rural foram de grande importância para os aspectos profissional e pessoal das discentes participantes em cada atividade. Além disso, indicaram a necessidade de uma discussão mais integrada sobre novas propostas e planejamento entre os cursos de saúde e destes com os serviços em área rural. Ocupar esses espaços, mesmo em meio a certas restrições, demanda ajustes entre professores e preceptores, uma vez que experiências como essas ainda não tem outras formas de apoio para a sua realização de forma sistematizada entre as instituições de saúde e educação.

INTRODUÇÃO

Vivência

O fato de ter vida; o processo de viver; manifestação ou sensação de vida. Conhecimento adquirido no processo de viver ou vivenciar uma situação ou de realizar alguma coisa; experiência, prática. Nordeste do Brasil:

situação, modo, hábito de vida. ETIM lat. viventīa, ac. neutro pl. de vivens, ēntis, part.pres. de vivēre ‘viver, estar em vida’. (Dicionário de Oxford Languages, 2020)

Rural

Relativo a ou próprio do campo; situado no campo; ETIM lat.tar. rurālis. (Dicionário de Oxford Languages, 2020)

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), em sua edição Interprofissionalidade, ocorreu através de 120 propostas em vigência no país, com financiamento e apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e sob a administração e organização do Ministério da Saúde do governo brasileiro (Brasil, 2018). Uma das propostas de PET-Saúde foi realizada de forma inédita nas cidades de Cuité e Nova Floresta, localizadas na região denominada de Curimataú Paraibano, mediante a parceria da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) por meio do Centro de Educação e Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde de Cuité e Nova Floresta e da 4ª Gerência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

O PET-Saúde poderia ser realizado em diferentes serviços de saúde, todavia as unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) ganha destaque dada sua importância. O Sistema único de Saúde (SUS), com práticas voltadas à equidade, integralidade, qualidade e participação do público, atuando assim na promoção de saúde, prevenção de doenças, além de recuperação e reabilitação (Silva & Motta, 2015) é um dos mais primordiais espaços de formação em saúde. A APS, em especial as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é o equipamento de saúde que mais se aproxima da realidade das famílias atendidas. Tais dispositivos dialogam com indivíduos doentes e sadios, fornecendo assistência de forma continuada e integral, além de educação sanitária e criação de grupos educativos, com público específico (diabéticos, hipertensos, gestantes) e outros, com o intuito de trocar experiências, apoiar e incentivar o autocuidado e autoestima (Baraúna et al., 2008).

Todavia, essas características em contextos e locais rurais ganham ainda a responsabilidade de lidar com as dificuldades de deslocamento das equipes e de outros equipamentos de saúde. Além das demandas sociais e de saúde que se modificam das áreas urbanizadas. A realização do projeto em Cuité e em Nova Floresta teve como grande desafio a distância entre as cidades, como também duas unidades de saúde em Cuité que estavam em área rural da cidade. Para viabilizar as ações e o transporte, alguns arranjos entre as instituições de ensino e de saúde foram necessários, pois cada grupo tutorial (GT) com integrantes do projeto era composto de forma equitativa por estudantes da graduação de biologia, nutrição, farmácia e enfermagem do Centro de Educação e Saúde, Campus de Cuité, da

Universidade Federal de Campina Grande, garantindo o perfil multiprofissional. Ainda eram componentes do GT dois tutores, professores de graduação, com formações distintas uma da outra e ainda quatro preceptores que são trabalhadores de nível superior de diferentes serviços de saúde. Por se tratar de uma primeira experiência, maximizou-se a ocupação de todas as vagas possíveis de componentes do projeto a fim de experienciar como seria sua realização.

Após o primeiro trimestre de vigência do projeto PET-Saúde, foi realizada uma avaliação e reorganização dos cenários e equipes, isso também levou à alteração sob a compreensão de termos equipes fixas de trabalho e outras que fossem orientadas por ações mais flexíveis. Para essa avaliação, considerou-se não apenas quais espaços adentrar, mas como manter atividades e relações, principalmente, e assim, optou-se por manter atividades em apenas uma área rural da cidade de Cuité. Vale destacar que no tocante às fragilidades que levaram a essa reorganização da realização das atividades, as mesmas versaram especificamente sobre a saída de preceptores dos cenários, dificuldades em administrar o deslocamento, transporte, custos e manejo quanto aos horários. O transporte e o tempo de deslocamento para as atividades de forma semanal eram de difícil negociação entre os integrantes do grupo. Foram utilizados ônibus escolar, carro particular, transporte da prefeitura e da universidade, mas as viabilidades disponíveis não garantiam a execução. Afinal, administrar os horários de aula, a divisão do grupo (visto que nos carros não cabiam todos os integrantes), a burocracia dos pedidos, superaram os esforços de todos os envolvidos. Outra fragilidade foi o trajeto longo, em média 30 minutos para um serviço, e para o outro era mais de 1 hora, considerando ainda o fato de que as estradas eram em sua maior parte sem estrutura de asfalto ou calçamento.

Para a manutenção dos cenários rurais optou-se por, no que tange a questão do distanciamento, transporte e as ações, mantê-las em uma unidade de saúde, ter maior flexibilização na compreensão da carga horária, das demandas, dos acordos com as instituições para o transporte, e uma organização a partir das demandas do serviço sob o planejamento do preceptor. O preceptor, que é um trabalhador do serviço, teve um papel diferencial para execução de qualquer atividade nas unidades de saúde nas áreas rurais. Destacamos aqui o trabalho e apoio das enfermeiras Sarah Coelho de Araújo Silva Porto e Cinthia Caroline Alves Marques, elas de forma positiva estavam empenhadas em garantir a manutenção do PET-Saúde, pois eram locais que a universidade não tinha outras atividades de estágios e práticas ou projetos.

Desta forma, as atividades ditas “Vivências Rurais” descritas neste capítulo trazem experiências desenvolvidas de educação em saúde na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da região do Assentamento Retiro e Batentes, localizadas a 26 km do centro urbano do município de Cuité, na Paraíba. É importante destacar que a denominação do projeto enquanto “Vivências Rurais”, traz na palavra “vivências”, o caráter de existência, de experiências e o processo de viver,

especificamente direcionados à palavra “rurais”. Enfatiza-se assim que entre tantas vivências possíveis, os locais mais afastados dos centros urbanizados, as áreas rurais, se mostraram um espaço possível e desafiador para a execução e administração do PET-Saúde. Foi preciso descobrir como enfrentar a distância, o tempo de deslocamento, as diferenças, a alteridade, pois se tratava de outro ritmo, um novo hábito de vida e uma proposta de projeto inovadora.

Junto à experiência do PET-Saúde ainda foi articulada e integrada a realização, o Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva do curso de Nutrição do Centro de Educação e Saúde, de uma estudante do curso de graduação em Nutrição da UFCG, Campus de Cuité. Visando desenvolver mais um ponto de apoio para as Vivências, mas principalmente para fortalecer as atividades no serviço dentro da temática de alimentação e saúde. Foi a primeira vez que a equipe recebia ambas as propostas de articulação para formação em saúde e de articulação entre ensino e serviço.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NAS VIVÊNCIAS RURAIS E NO ESTÁGIO

As atividades desenvolvidas foram o reconhecimento e o diagnóstico situacional da área e atividades de educação em saúde com diferentes temas. A realização das mesmas ocorreu entre agosto de 2019 a dezembro de 2019. Como forma de discussão e avaliação, foram registrados comentários de alguns estudantes envolvidos nas vivências rurais e estágio.

Para garantir as ações em saúde, foi preciso realizar algumas mudanças, pois surgiam desafios, como foi o caso da preceptora e enfermeira do serviço e a coordenação local do PET-Saúde, para manter ações que atendessem à demanda da equipe de saúde e da comunidade, mantivéssemos o caráter multiprofissional e fossem viáveis quanto ao deslocamento e planejamento. Para tanto, algumas estratégias foram criadas: a construção de um cronograma com os objetivos propostos pela equipe de saúde; uma apresentação desse cronograma aos estudantes de todos os grupos tutoriais; cada integrante escolhia um ou mais momentos de vivências rurais por suas próprias motivações; os grupos eram menores de forma que garantíssemos o número de um carro pequeno de passeio para o deslocamento ser possível; a preceptora mantinha um grupo de contato via aplicativo de mensagens, realizava reuniões de planejamento e de aproximação ao contexto e temática e os estudantes eram incentivados a manter uma produção de material e estratégias metodológicas de forma participativa e colaborativa.

Participaram dessa experiência, estudantes do curso de graduação em nutrição, enfermagem, biologia, farmácia, preceptora e enfermeira da unidade, estagiária do curso de nutrição, tutores do curso de Biologia e Farmácia, além de toda a equipe da UBSF do Melo e Assentamento Retiro e Batentes. As atividades desenvolvidas tiveram as temáticas de higiene e autocuidado; educação alimentar e nutricional; educação ambiental; autoestima e autocuidado de mulheres; saúde

do trabalhador; oficina culinária; educação sexual, e, atividades de educação em saúde e rotina da equipe de saúde. Todas as atividades realizadas são descritas na sequência.

A. Reconhecimento de território e diagnóstico situacional das zonas rurais

Antes do desenvolvimento das atividades nas áreas rurais, o reconhecimento do território foi essencial para o estabelecimento do diagnóstico situacional. Este reconhecimento foi desenvolvido nas primeiras semanas em que os estudantes e profissionais (preceptores) tiveram contato direto com as localidades, objetivando observar os principais pontos que poderiam ser abordados nas ações do PET-Saúde. O diagnóstico situacional é uma das ferramentas de planejamento do trabalho das equipes de saúde, sendo parte também das primeiras ações tanto para o PET-Saúde como para o Estágio Supervisionado. Esse diagnóstico situacional faz uma análise com base nos documentos e consolidados do próprio serviço para a compreensão do perfil da população adscrita na unidade de saúde, de conversas com membros da comunidade, equipe e dos equipamentos sociais da região. Essas informações possibilitaram identificar os temas e objetivos a serem atingidos com as ações de educação em saúde.

Para auxiliar na caracterização destaca-se que o perfil do município de Cuité, é de situar-se no Agreste Paraibano na região do Curimataú e faz limites com a cidade de Jaçanã, no estado do Rio Grande do Norte (RN), e com as cidades paraibanas de Baraúna, Nova Floresta, Picuí, Barra de Santa Rosa, Sossego, Damião, Araruna e Cacimba de Dentro. Apresentando uma área territorial de 733,82 km², população estimada em 20.334 habitantes e densidade demográfica de 26,93 hab/km² (IBGE, 2013). A taxa de urbanização é 67,38% da população e 32,62% está na área rural.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes está ligada à Secretaria Municipal de Saúde de Cuité, Paraíba. Ela possui três microáreas e seu território é bem amplo, conforme Figura 1. Vinculadas a este serviço de saúde 271 domicílios, com 248 famílias, o que correspondem a 823 usuários no território. É composta em sua maioria (>95%) por casas de alvenaria com revestimento (%), sem água encanada e tratando-a com cloração, com acesso à energia pública e mantendo o destino do lixo enterrado e/ou queimado, segundo dados cadastrais por domicílio do e-SUS (Brasil, 2020).

A distribuição da população no território da UBSF Assentamento Retiro e Batentes em relação ao sexo é de 53,88% do sexo masculino e 46,22% do sexo feminino. Tendo isto como pressuposto, a faixa etária como parte total da população se expressa na seguinte relação: de 0 a 4 anos um total de 5,94% de habitantes; de 5 a 14 anos, 14,56% de habitantes; de 15 a 24 anos, 17,96% de habitantes; de 25 a 34 anos, 14,32% de habitantes; de 35 a 64 anos, 37% de habitantes e maiores de 65 anos correspondem a 9,22% (Brasil, 2020).

A equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes é composta por 09 profissionais. Deste total incluem-se: 03 agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma médica, uma odontóloga, uma técnica de saúde bucal e uma recepcionista. A unidade funciona desde o ano de 2010 vinculada à Estratégia de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Primária. Entre as atividades exercidas atualmente neste nível de atenção à saúde, estão a consulta ambulatorial, o apoio diagnóstico, a imunização, a promoção da saúde, as práticas integrativas e complementares, a prevenção de doenças e os agravos e produção do cuidado (CNES, 2020).



Figura 1. Mapa do território da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, em Cuité, Paraíba, novembro, 2019. Fonte: Equipe de Saúde da Família da UBSF no Assentamento Retiro Batentes.

B. Atividade educação em saúde: higiene e autocuidado no Sítio Retiro, em Cuité, Paraíba

Esta experiência teve como objetivo levar ensinamentos e informações acerca da importância da higiene pessoal para escolares do 1º ao 5º ano da Escola Municipal de Ensino Fundamental I Francisca Simões, no Sítio Retiro, que fica defronte à UBSF no Assentamento Retiro e Batentes. Neste local, foi realizada uma ação com atividades lúdicas, com brincadeiras e jogos de adivinhação acerca do tema escolhido. As turmas foram divididas em duas e as atividades foram igualmente realizadas em ambas, fazendo a troca apenas dos discentes que as conduziam. Foram abordadas informações quanto ao cuidado em saúde na higiene pessoal e dos alimentos, destacando a importância dessas condições para uma vida saudável e os eventuais problemas com sua falta.

A atividade, em seu componente expositivo, ocorreu na sala de aula com auxílio de data show. A parte prática, para que os alunos pudessem demonstrar o

que aprenderam ou o que já sabiam, de forma mais lúdica, ocorreu no espaço da UBSF que se localiza próximo à escola. Foi um desafio a construção de um material adequado ao público pela diferença de idade, então se utilizou uma apresentação didática em slide, demonstrativa e recreativa onde pôde ser mostrado a importância da higienização para o cuidado em saúde.

Os slides continham imagens e informações de higienização pessoal e autocuidado, como a forma correta de tomar banho, lembrando sempre de lavar bem todas as partes do corpo, lavar os cabelos para evitar piolhos, escovar os dentes após cada refeição, o passo a passo da lavagem das mãos, evidenciando sua importância após usar o banheiro e antes das refeições. Foi abordada a importância de sempre usar roupas limpas, cortar as unhas, evitar andar descalço, enxugar bem os pés e deixar os sapatos em locais arejados e com sol para diminuir a quantidade de bactérias para evitar o mau cheiro, usar lenço para assuar o nariz e, além disso, foi mostrado como deve ser realizado a correta higienização dos alimentos para evitar doenças transmitidas por alimentos (DTA's).

Após os momentos de explicação para fixação de conteúdo, os integrantes do PET-Saúde executaram brincadeiras onde foi necessário à participação das crianças em que, a cada ponto abordado em sala de aula, foi posteriormente realizada uma espécie de jogo de tabuleiro com perguntas sobre os assuntos abordados, ver Figura 02. Assim, foi possível acompanhar o entendimento dos alunos e estabelecer um vínculo com os mesmos. A demonstração utilizada foi a lavagem correta das mãos, na qual todos os alunos participaram ativamente, como também jogo dos 7 erros, certo ou errado e por fim uma gincana com perguntas relacionadas ao tema. Todas as dinâmicas foram voltadas para participação e avaliação do entendimento dos alunos, visando sempre a promoção do cuidado em saúde.



Figura 2. Atividade sobre higiene e autocuidado com estudantes da Escola de Ensino Fundamental Francisca Simões realizada durante as Vivências Rurais, Sítio Retiro, Cuité, Paraíba, 2019.

A princípio, os estudantes demonstraram timidez, contudo a forma descontraída como o assunto foi abordado logo fez com que houvesse interesse em participar

de forma ativa daquele momento de diálogo. Conforme a realização da atividade, as crianças demonstravam grande adesão bem como conhecimentos acerca da temática abordada, tornando a ação bem sucedida nas duas turmas. A principal potencialidade enxergada nessa experiência foi o entendimento dos alunos quanto ao cuidado de si e dos próximos, onde eles tiveram acesso às informações corretas e puderam repassar aos familiares, podendo contribuir positivamente para a saúde, qualidade de vida e bem estar de sua família e comunidade.

C. Atividade de Educação Alimentar e Nutricional na Escola de Ensino Fundamental Francisca Simões, Sítio Retiro

Esta atividade foi realizada no território da UBSF Assentamento Retiro e Batentes e objetivou mapear o conhecimento das crianças sobre a origem dos alimentos, consumo e escolhas alimentares, foram desenvolvidas duas atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) nos turnos da manhã e da tarde na Escola Municipal de Ensino Fundamental (E.M.E.F.) Francisca Simões, de acordo com a faixa etária. Foram realizados dois tipos de atividades, a primeira foi chamada de “De onde vêm os alimentos?” e foi desenvolvida com os alunos das turmas iniciais. O objetivo foi avaliar o conhecimento acerca da origem de alimentos do dia-a-dia (naturais ou industrializados). Para isso, utilizaram-se placas com imagens de alimentos, perguntado de onde as crianças achavam que eles vinham. Ao final, observou-se um bom desempenho das crianças, mostrando conhecimento acerca dos alimentos expostos, identificando a maioria dos naturais na sua alimentação cotidiana, já que uma boa parte dos pais trabalha com agricultura familiar.

A segunda atividade denominada a “Influência das mídias”, desenvolvida com crianças de terceira e quarta série, conforme a Figura 3. A partir de fotos de propagandas de alimentos industrializados, foi verificado se havia influência sobre o consumo de alimentos. Com essa atividade, observou-se que as respostas reconheciam o interesse da mídia em promover a venda dos alimentos, porém, aspectos como sabor e disponibilidade influenciavam a escolha por alimentos, principalmente, os industrializados.



Figura 3. Atividade de Educação Alimentar e Nutricional na Escola de Ensino Fundamental Francisca Simões. Estágio Supervisionado de Nutrição e Saúde Coletiva, Assentamento Batentes e Retiro, Cuité, Paraíba, 2019.

Essas atividades permitiram identificar os aspectos relacionados às escolhas alimentares daquele grupo, bem como facilitaram realizar uma conversa sobre a importância de uma alimentação adequada e saudável mais condizente ao contexto de vida dos estudantes.

Uma avaliação breve sobre atividade identificou como fragilidade certa dificuldade de compreensão que poderia ter sido resolvida com um melhor ajuste do conteúdo e forma da dinâmica para cada fase dos estudantes. Como potencialidade da atividade, verificou-se a boa relação estabelecida com as crianças, a disponibilidade e interação com a proposta e o interesse dos estudantes e da equipe de trabalhadores da escola.

D. Educação ambiental com estudantes da Escola Municipal de Ensino Fundamental Francisca Simões, Sítio Retiro

A atividade em questão foi realizada com estudantes do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, objetivando incentivar as crianças da escola em questão a pensarem no meio ambiente como elemento essencial à vida e em práticas de preservação ambiental. Esta atividade foi realizada no território da UBSF Assentamento Retiro e Batentes. Nesta ação, a escola foi escolhida pela viabilidade do acesso e por ser o equipamento público de maior agrupamento de indivíduos, proporcionando integração de conhecimentos entre os cursos envolvidos para criar estratégias pedagógicas sobre o tema. Jogos e cartazes serviram como facilitadores de rodas de conversa com discentes e professores da escola, a fim de identificar situações que levam a poluição dos ambientes, problematizando comportamentos contemporâneos de vida e levantando formas de prevenir a poluição ambiental, manejo e reutilização de itens recicláveis incentivando a auto responsabilização considerando a realidade local.

Os conhecimentos iniciais foram avaliados a partir de questionamentos primários sobre o tema e, após as atividades, os participantes demonstram ter diversificado o conhecimento sobre os componentes abordados. Os estudantes se mostraram sensibilizados e dispostos a mudar os seus hábitos, o que demonstra a relevância da atividade Interprofissional nas comunidades, especialmente nas zonas rurais. Assim como outras diversas comunidades rurais, a maior parte da renda dos moradores do Sítio Retiro é oriunda de atividades relacionadas à agricultura. Incentivar a criticidade dos estudantes em relação às próprias práticas são essenciais para se pensar nas perspectivas futuras de qualidade de vida de todos, tendo em vista que o ambiente é um dos determinantes de saúde.

E. Atividade sobre autoestima e autocuidado feminina

Esta ação foi desenvolvida por estudantes-membro do PET-Saúde, preceptora e enfermeira da UBSF do Assentamento Retiro e Batentes, equipe de saúde e estagiária do curso de Nutrição. Diante da temática a proposta priorizou a participação do público feminino do território nas questões voltadas a autoestima e autocuidado.

A atividade ocorreu no espaço da própria UBSF, havendo um acolhimento e apresentação do grupo e da equipe que estava mediando e na sequência foi reproduzido um vídeo de acesso livre na plataforma digital Youtube, o qual contribuiu para promover a discussão sobre as temáticas. O vídeo tinha em seu conteúdo uma reflexão sobre a importância da valorização feminina, do apoio, sensibilidade e empatia. A partir disso, as mulheres falaram abertamente sobre algo que acham bonito em si mesmas, além de coisas/pessoas/lugares que lhes dão sentido à vida. O uso de palavras-chave foi uma estratégia ao diálogo e diminuição do estranhamento com os estudantes envolvidos na Vivência Rural. Para dar continuidade, as palavras como “família”, “empatia” e “cuidado” foram distribuídas de modo aleatório entre as participantes para que estas pudessem falar sobre o que aquelas palavras significavam dentro da sua experiência de vida. Registros dessa atividade podem ser visualizadas na Figura 04.

Na parte final da atividade, houve uma oficina de maquiagem. A proposta partiu de uma das usuárias do serviço que de forma voluntária participou da atividade a convite da equipe de saúde. A ação descrita foi um momento de muita sensibilidade e empatia entre os envolvidos.



Figura 4. Atividade sobre autocuidado e autoestima feminina. Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.

F. Saúde do trabalhador com equipe da unidade de saúde, escola e creche

Criar espaços de cuidado e fala para os trabalhadores era algo que não tinha sido realizado mais recentemente com os profissionais da UBSF Assentamento Retiro e Batentes, e da Escola e Creche Municipal Profª Anita Furtado Coelho. Aproveitando que esses equipamentos são muito próximos fisicamente e para

promover uma conversa sobre o tema, algumas perguntas sobre as dificuldades da rotina e do processo trabalho e de quais estratégias de cuidado e de superação eram feitas por eles auxiliou na roda de conversa feita. Foram abordados aspectos da saúde mental como depressão, ansiedade e estresse, a importância do cuidado de si e do uso de diferentes formas de manter a saúde física e mental como a prática de exercícios físicos, ouvir música, e outras.

O último momento com o grupo de trabalhadores da unidade de saúde e da equipe de profissionais da escola e creche foi uma prática de relaxamento, massoterapia e musicoterapia. O uso dessas práticas integrativas e complementares (PICs) ocorreram no ambiente da UBSF e aplicadas pelos integrantes do PET-Saúde envolvidos nas Vivências Rurais e do Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva.

O grupo de participante da ação avaliou como positiva a experiência, principalmente, no que concerne a ampliação da discussão sobre aspectos de sofrimento pelo trabalho e da vida dos trabalhadores e da população em geral.



Figura 5. Saúde do trabalhador com equipe da unidade de saúde, escola e creche. Práticas Integrativas e Complementares. Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.

6. Oficina Culinária com aproveitamento integral dos alimentos

Com o intuito de divulgar a importância de reduzir o desperdício dos alimentos e as técnicas sobre o aproveitamento integral, foi realizada uma oficina culinária convidando pessoas do território da UBSF do Assentamento Retiro e Batentes. Conforme a Figura 06 as participantes foram em totalidade mulheres e a ação ocorreu na própria unidade de saúde.

Um dos objetivos foi a utilização integral dos alimentos, com receitas práticas e aceitação mais alta e com bom valor nutricional. Foram feitos doces e salgados aproveitando cascas, folhas e talos de frutas e hortaliças para preparação de seis receitas. Cada participante recebeu um registro de cada uma das receitas e técnicas. Ao final, uma conversa identificou que houve bons níveis de aprovação as receitas e de satisfação com a oficina pelos participantes, com a sugestão da manutenção dessa atividade.



Figura 6. Oficina Culinária com Aproveitamento Integral de Alimentos. Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.

Essa atividade de educação alimentar e nutricional tentou promover a conscientização frente ao desperdício de alimentos, discutir sobre ideias de substituições e trocas que favorecem o enriquecimento nutricional de preparações alimentares, bem como, facilitou a discussão sobre a necessidade de aumentar e valorizar os alimentos in natura e as comidas caseiras, em detrimento dos industrializados. Atividades como esta, ainda, promovem a valorização da agricultura familiar e, pensando no ambiente rural, em que isso é bem mais visto, amplia a visão sobre os alimentos produzidos e adquiridos.

H. Atividade sobre educação sexual na terceira idade

Em decorrência da pandemia da COVID-19, a ação descrita nesse tópico não foi realizada no território da UBSF Assentamento Retiro e Batentes, tendo em vista da necessidade da suspensão de atividades práticas e estágios em serviços de saúde. Todavia, são apresentadas abaixo uma breve identificação de itens alimentares naturais que poderiam ser utilizados para as dúvidas mais frequentes sobre vida sexual no serviço de saúde de acordo com a experiência dos profissionais de saúde da unidade de saúde.

A atividade sexual e sua discussão ocupa uma diminuta parte das abordagens, sobretudo em intervenções com grupos na Atenção Básica. Muitas vezes o tema surge quando se fala de doenças e/ou doenças sexualmente transmissíveis. O tema é um tabu para algumas pessoas, principalmente entre idosos. Discutir o tema a partir de questões da própria rotina do serviço traz uma dimensão mais positiva e contextualizada com a demanda da população. Para auxiliar a aproximação e a diminuição do estranhamento pelo uso de abordagem coletiva sobre o tema, e principalmente, por ser baseado em aspectos ligados aos conhecimentos tradicionais e naturais, buscou-se tratar do tema a partir de plantas.

Com esse objetivo, a partir de uma ampla pesquisa, foram selecionados os seguintes itens de interesse: o açafrão (ou cúrcuma), amendoim, gengibre, cajuaba, chá de alecrim, chocolate e manjeriço, como opções afrodisíacas, sendo escolhidos para degustação o chá de alecrim, amendoim e chocolate. Pensando na questão da diminuição da lubrificação vaginal em mulheres após a menopausa, o

óleo de coco foi identificado como alternativa natural, considerando os benefícios do mesmo para flora vaginal e para a prática sexual. Ademais, identificou-se como importante, realizar uma conversa sobre a definição e os sintomas característicos da andropausa e menopausa.

I. Participação em atividades de rotina com grupos e individual em unidade de saúde

Atividades programadas no território da UBSF Assentamento Retiro e Batentes e que envolvem públicos-alvo específicos faz parte da rotina de qualquer unidade de saúde, algumas delas têm destaque porque fazem parte das ações de saúde materno-infantil como é o caso da puericultura e pré-natal; e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as ações de HiperDia, que foca no público com diabetes e/ou hipertensão arterial. Além disso, ainda existem as ações do calendário de saúde do Ministério da Saúde, que faz alusão a propostas temáticas a meses específicos do ano, e no caso destaca-se as atividades realizadas no Outubro Rosa e o Novembro Azul.

A seguir, estão caracterizadas de forma breve as atividades realizadas junto à equipe e por estudantes de graduação em saúde (estágio e PET-Saúde) na unidade de saúde Assentamento/Batentes.

Nos dias de puericultura, foram realizadas atividades de sala de espera, que abordavam recomendações nutricionais para crianças, com práticas a serem priorizadas e reduzidas no que diz respeito a sua alimentação, sendo montado em conjunto com as mães, um cartaz colaborativo. Além disso, assuntos relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar foram abordados, por meio de um jogo de verdade ou mito, com as mães e responsáveis. As atividades de sala de espera contavam com boa participação e interação.

A sala de espera também foi uma ferramenta ordenadora de cuidado utilizada no dia de atendimento de pré-natal. Os temas abordados foram o uso e benefícios do ácido fólico e sulfato ferroso na gestação; questões alimentares e de suplementação na gestação, principais alimentos fonte de micronutrientes e as consequências da deficiência de vitaminas durante a gravidez.

Na atividade direcionada ao HiperDia foi realizada uma apresentação com modelo de palestra em conjunto com a equipe, abordando os principais aspectos relacionados às DCNT, dando ênfase as principais recomendações nutricionais gerais nesses casos e uma dinâmica sobre as quantidades de sal e açúcar presentes nos alimentos, conforme Figura 8. A ação foi finalizada com os atendimentos individuais da equipe de enfermagem, odontologia e medicina, além de aferição de dados antropométricos e pressão arterial.



Figura 7. Registros de algumas das atividades com grupos nas temáticas de puericultura e pré-Natal. Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.



Figura 8. Ação Hiperdia (hipertensão e diabetes) na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.

No mês dedicado à prevenção do câncer de mama, o Outubro Rosa, destaca-se um dia com atividades diferentes como: uma palestra com as mulheres no local de espera da UBSF, tratando das principais e mais pertinentes informações relacionadas ao câncer de mama, com demonstração de como realizar o autoexame, além de informações sobre práticas alimentares preventivas ou de risco para o surgimento de cânceres, inclusive o de mama. Sorteio de brindes e um espaço para limpeza de pele.

Em virtude da campanha relacionada à saúde do homem, o Novembro Azul, foi realizada na UBSF para os homens da comunidade. A ação contou com uma palestra que tratou sobre câncer de boca, próstata e pênis, alimentação como fator de risco e proteção para os cânceres, tipos de alimentação (oral, enteral e parenteral) em casos de câncer de boca, além da saúde mental e complicações associadas, ver Figura 10.



Figura 9. Ações alusivas ao Outubro Rosa na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.



Figura 10. Ações Outubro Rosa e Novembro Azul na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no Assentamento Retiro e Batentes, Cuité, Paraíba, 2019.

Além disso, foi realizado o exame para detecção de lesões malignas e/ou potencialmente malignas, sendo encaminhados ao dentista os que pudessem apresentar tais características. Para isso, a equipe foi devidamente capacitada pelo dentista da unidade. Outros momentos como sorteio de brindes, feijoada e um jogo de futebol, foram realizados nesse dia. O número de homens participantes superou a expectativas da equipe e sua participação foi bastante ativa.

REFLEXÕES DOS DISCENTES SOBRE A PARTICIPAÇÃO NAS VIVÊNCIAS RURAIS

“Eu me senti, no início, um pouco intimidada pelo número de crianças, mas, ao decorrer da realização da atividade, observando a forma da minha preceptora de lidar com os pequenos e o carinho e reciprocidade entre eles, me soltei mais. Me espelhei nela ao lidar com eles...” (Thays Cristina de Sousa, Nutrição, 6º período).

“A oportunidade de visitar e realizar uma atividade de educação em saúde em uma escola na zona rural muito me interessou, pois, meus primeiros anos de vida escolar foram no sítio. Enxerguei como uma forma de retornar as origens. Fui ansiosa para

ver como se encontrava o ensino na zona rural e voltei alegre com o que pude observar. As crianças demonstraram já terem noção sobre higiene e autocuidado, o que deixou nossa interação mais dinâmica, pois mesmo com a timidez de algumas, elas queriam mostrar que sabiam. Falar para crianças era algo novo para mim, porém, foi um público que logo me acolheu e me deixou à vontade. Ao desenvolver atividades de educação em saúde com crianças tive a sensação de semear em terra fértil; certeza que daria frutos” (Andresa Casado de Lima, Farmácia, 8º período).

“A experiência de ter participado da organização e planejamento da ação para ser realizada na UBS Retiro, me mostrou a importância dessas ações para a população rural, tendo em vista, as suas limitações de acessibilidade de transporte, fazendo com que cada ação em saúde seja muito relevante e tenha uma grande participação da comunidade, no caso da ação sobre educação sexual na terceira idade que ainda está pra acontecer, foi possível ver o quanto a comunidade é participante e acolhedora, pois, ficaram ansiosos para o momento, essa experiência contribuiu muito para meu olhar perante a comunidade rural, como ser humano e futura profissional da saúde e o quanto a extensão move montanhas fora dos muros da universidade” (Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa, Enfermagem, 5º período).

“Me sinto grata pela oportunidade de estar presente nessa ação, foi umas das minhas ações favoritas porque lida com um público diferente e ter que desenvolver algo a partir do pensamento: Como eu posso levar esse conhecimento a essas crianças? Nos faz se questionar, vencer desafios, adaptar-se e viver momentos únicos e inesquecíveis, que serão o diferencial ao sair como futuro profissional de saúde mais capacitados, mais humanos. Esse é o PET- saúde interdisciplinaridade e essas são nossas experiências!” (Maria Vívica Casado Marques, Farmácia, 6º período).

“A experiência de participar desde a organização até a execução de atividades na zona rural proporcionou uma maior dimensão de como funciona o ‘fazer saúde’ dentro dessa região, percebendo as limitações e pontos positivos ali presentes. Humanamente falando, é engrandecedor. Acredito que todo estudante da saúde precisaria viver essa prática. O local nos dá novas possibilidades e novos olhares para além daquela vivência nos pontos urbanos de assistência, em sua maioria ainda tão dentro da perspectiva biologicista” (Marina Maria Adelino Ferreira, Nutrição, 7º período).

“Quando passei a ser integrante do PET-Saúde, a priori, não imaginava que teria experiências tão profundas no Projeto. Interagir com estudantes de diferentes cursos, estreitando laços e executando atividades de cunho interprofissional nas zonas rurais foram desafios instigantes. Além de expandir o olhar sobre o meu curso, aprofundei minha visão sobre a singularidade e realidade da comunidade. O sentimento de acolhimento, reciprocidade, gratidão e aprendizado foi e segue constante com vivências tão ricas. Somadas, todas estas experiências me tornaram e me tornam um melhor

ser humano e aperfeiçoam minha formação docente em uma região com tantas disparidades socioeconômicas, fazendo da luta pela melhoria de áreas essenciais como saúde e educação elemento ainda mais necessário para a população” (Rayssa Nayara Venâncio Bezerra, Ciências Biológicas, 5º período).

“Apresentar e demonstrar a importância das formas corretas de higienização para aquelas crianças foi uma experiência muito rica para meu crescimento como aluna e futura nutricionista. A troca de saberes entre as colegas de outros cursos e, especialmente, a forma com que os alunos mostraram entender o conteúdo que levamos foi gratificante. Lembro de voltarmos para Cuité com o coração cheio de gratidão pela acolhida que tivemos e por termos conseguido alcançar o objetivo de fazê-los compreender tudo o que ensinamos. Além disso, considerando o momento de pandemia em que estamos vivenciando, acredito que nossa apresentação contribuiu bastante para o cuidado e superação ao Covid-19” (Ana Luiza Marinho Leite, Nutrição, 6º período).

REFLEXÕES A PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA E O TRABALHO COLABORATIVO COM O PET-SAÚDE

“O estágio em nutrição e saúde coletiva é um requisito curricular do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), levando o aluno a campos coletivos como as Unidades de Saúde. Tal componente visa apresentar e direcionar o discente a atuar de forma interprofissional, muitas vezes no meio de uma equipe multidisciplinar, preparando-o para vivências futuras. As atividades antes citadas foram realizadas durante o período de estágio, algumas pela estagiária em conjunto com a equipe da UBSF e outras em conjunto com os extensionistas do Pet-Saúde.

Quando fui direcionada para estagiar na UBSF Retiro, confesso que tive um baque inicial bem forte, pra mim seria um desafio e tanto, afinal, era o meu primeiro estágio, eu seria a primeira estagiária do local e por ser na zona rural, só as idas e voltas mais distantes seriam cansativas. Era aquele misto de empolgação, ansiedade e medo de não dar certo. Mas quando cheguei ao local, fui muito bem acolhida pela equipe, pela comunidade, e aquele bicho de sete cabeças não era mais nada. [...] O apoio da equipe, a inserção naquele meio e nas atividades próprias da Unidade, me fizeram sentir cada vez mais parte de tudo aquilo. Ir e voltar todos os dias era realmente cansativo, mas era muito gratificante e engrandecedor no lado profissional e humano quando finalizávamos cada atividade, cada contato, cada interação. Devo dizer que foi uma experiência muito positiva e que proporcionou muito aprendizado.

É de suma importância para o discente, que participe ao máximo das atividades da própria Unidade, pois é direcionado a realizar funções cruciais aos profissionais de saúde. O apoio da equipe e inclusão do estagiário, propiciam resultados positivos, que se refletem nas ações propostas pelo mesmo, em sua desenvoltura, profissionalismo e

relação com a equipe e comunidade, o motivando a fazer o seu melhor. Atendimento compartilhado e individual, visitas domiciliares e demais ações junto à comunidade, foram realizadas ainda durante a vigência.

Uma grande potencialidade em um preceptor e respectiva equipe que nos recebe como estagiários, é o acolhimento, e isso foi muito nítido na Unidade, além do incentivo, união da equipe e sem dúvida o mais importante, participação ativa da comunidade. Um ponto chave na realização de atividades direcionadas a educação e saúde ao público, é a união de ideias, a união de pessoas para tal. Dessa forma, destaco a participação e a integração junto ao PET-Saúde, afinal foi de grande importância e cresceu de forma positiva ao estágio e nas ações da unidade, de forma colaborativa cada uma das propostas desenvolvidas.

Sobre a possibilidade de atuar de forma colaborativa e no que chamo de extra-muros da Universidade, tenho para mim que o estágio na UBSF Retiro foi de grande importância para meu crescimento profissional e humano. Foi muito gratificante fazer parte dessa equipe por um tempo, interagindo com os mais variados públicos, contando com o apoio e participação da comunidade e equipe em cada ação, levando a nutrição em todos os espaços possíveis, e tendo a oportunidade de mostrar o quão ampla ela pode ser. [...] Auxiliou a ampliar minha visão sobre o cuidar e enalteceu o amor pela profissão. Levo comigo cada ensinamento, vivências, empatia, respeito e os melhores sentimentos possíveis. [...] Devo confessar, que ter uma preceptora não ligada a nutrição – a enfermeira responsável pela unidade – pareceu desafiador no início, mas a compreensão da amplitude da saúde e a liberdade e apoio a participação que ela depositou em mim, me auxiliaram a pensar e planejar as melhores formas de aderir nos conteúdos programados pela unidade, além de atividades independentes que interessavam e beneficiavam a comunidade. [...] Atuar em conjunto com o PET-Saúde, foi outra experiência única, principalmente por unir conhecimentos com discentes de outros cursos, como farmácia, enfermagem e biologia, ampliando em minha visão o trabalho em equipe e a junção de áreas do conhecimento pra um fim positivo. Espero verdadeiramente que continuem a participar de tais espaços, pois as atividades demonstraram-se muito bem aceitas e de grande importância para a população, unidade e enriquecimento profissional e humano para todos os envolvidos.

Unir uma experiência como esta, a participação do PET-Saúde, amplia a ação da Universidade além de seus muros, contribuindo com a educação e saúde direcionada a população, na UBSF e em outras áreas como as escolares, crescendo apoio a equipe responsável.” (Ana Alice Domingos Pontes, Nutrição, 8º período).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do que foi relatado, conclui-se que as experiências vivenciadas na zona rural foram de grande importância e marcantes nos aspectos profissional e pessoal para as discentes participantes em cada atividade. Pode-se destacar que o número de atividades desenvolvidas de educação em saúde corresponde

à vasta possibilidade e demandas existentes da população. Seria necessário que cada atividade pudesse ser avaliada e discutida com profundidade, todavia, esse capítulo priorizou a descrição a fim de apresentar as possibilidades de articulação e tipos de atividades desenvolvidas a partir das Vivências Rurais.

Faz-se importante destacar que o PET-Saúde, de forma geral, visa promover a integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Na edição de 2019, pressupõem como norteadores os elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP) enquanto meio para viabilizar esse objetivo, propiciando a pesquisa científica e a extensão, por meio da interação de alunos e professores de diferentes cursos e profissionais da saúde, contribuindo para o conhecimento, além da própria área de formação (Brasil, 2018).

A formação e a atuação em saúde ao estarem envolvidas permitem mudanças que impactam diretamente nos diversos cenários e serviços, no público-alvo e viabilizam a promoção de ações que geram as melhorias para a vida da população, bem como o ganho de experiência dos alunos para além do conhecimento individualizado da própria área de formação. As Vivências Rurais pelo PET-Saúde foram estruturadas a partir de uma proposta colaborativa e mantendo a EIP como norteadora das ações, uma vez que manter a superação de práticas individuais e de formação descontextualizada com as demandas, significa reconhecer que trabalhar junto tem seus desafios. A interprofissionalidade depende de uma relação interdependente, a qual exige a colaboração entre os agentes componentes de um serviço, mesmo que com formações diferentes (Figueirêdo, 2020).

Toda experiência além da sala de aula, seja de extensão, bem como de prática, configura-se como uma rica e imprescindível vivência na formação acadêmica, que possibilita para as instituições de ensino superior o enriquecimento da aprendizagem dos discentes, associando as atividades teóricas e práticas. Há, desse modo, contribuições significativas com a formação profissional do estudante, com a sociedade e com o público alvo, possibilitando o acesso a diversos serviços que visam o exercício da cidadania e dos direitos humanos (Silva, et al., 2019).

O que corrobora e incentiva com as melhorias da qualidade de vida da população/comunidade alvo, é um dos objetivos do sistema de extensão, no âmbito de suas atividades de interação da comunidade, no caso rural, com os extensionistas. É preconizado que isso aconteça de forma multidisciplinar, para que a realidade da comunidade seja respeitada, com as atividades se encaixando adequadamente (Rodrigues, 2015). A organização e operacionalização de experiências em áreas rurais necessita de transporte e um deslocamento que ofereça a garantia de que um grande número de estudantes possa deslocar-se aos serviços em um mesmo momento ou próprios das instituições em uma situação ideal. Todavia, foram criadas outras alternativas e possibilidades quando o número de estudantes para o deslocamento é menor.

A partir da proposta do PET-Saúde foi possível diversificar as experiências e

articulações, e assim manter o caráter multiprofissional dos grupos. Com o fim do projeto e das Vivências Rurais foi possível construir possibilidades para manutenção do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva do curso de Nutrição e existe a possibilidade de incluir outros cursos dependendo do interesse dos professores das disciplinas. De acordo com a equipe de saúde, em especial, a preceptora, essa primeira experiência tanto com o PET-Saúde como com os estágios tratasse de uma experiência vivencial que demonstra uma real possibilidade de trabalho e apoio interinstitucional, que com um planejamento e acordos entre os envolvidos, pode-se desenvolver uma ideia de rede que utiliza diferentes temporalidades e pontos de intersecção para a ação.

É importantíssimo e crucial, profissionais de saúde atuando no papel de preceptores, ou seja, atores que além da assistência envolvem-se com a formação em saúde. Essa posição precisa ser cada vez mais valorizada e apoiada pelas Instituições de Ensino Superior, e, em especial, pelos gestores de saúde e como política pública que requer financiamento para além de projetos como o do PET-Saúde, mas como qualificação ampla dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

O trabalho colaborativo dos estudantes, estagiária, preceptora e com o apoio da coordenação do projeto, e a interação com a comunidade demonstrou que as Vivências Rurais foram uma experiência positiva. E indicam a necessidade de uma discussão mais integrada em novas propostas e planejamento entre os cursos de saúde e destes com os serviços em área rural. Ocupar esses espaços mesmo em meio as restrições significa ajustes entre professores e preceptores em um primeiro momento em que experiências como essas ainda não tem outras formas de apoio para sua realização de forma sistematizada entre as instituições de saúde e educação.

REFERÊNCIAS

Baraúna, M. A.; Testa, C. E. A.; Guimarães, E. A.; Boaventura, C. M.; Dias, A. L.; Strini, P. J. S. A. & Gorreri, M. C. (2008) A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioterapia Brasil*, 9(1), 64-69.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, (2020). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)*. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Figueirêdo, R. C. et al. (2020) Experiência de atuação interprofissional do dentista na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*; 6(2): 21-43.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. Perfil municipal de Cuité, Paraíba*. http://ideme.pb.gov.br/servicos/perfis-do-idhm/atlasidhm2013_perfil_cuite_pb.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). *Cidades. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. Cuité*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cuite/populacao>

PET-Saúde Cuité e Nova Floresta. (2020) *Conheça o PET-Saúde .Informações e apresentação*. <http://www.petsaude.ces.ufcg.edu.br/portal/>

Rodrigues, E. B. (2015) *Acompanhamento de atividades de extensão rural do IPA em Garanhuns (PE)*. [Relatório de Estágio Supervisionado Obrigatório, Universidade Federal Rural de Pernambuco].

Santos, J. H. S.; Rocha, B. F. & Passaglio, K. T. (2016) Extensão universitária e formação no ensino superior. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 7(1), 23-28.

Silva, A. L. B. et al. (2019) Importância da extensão universitária na formação profissional: Projeto Canudos. *Rev. enferm. UFPE online*:1-8.

Silva, T. R. & Motta, R. F. (2015) A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças. Psicologia da Saúde*; 23(2): 17-25.

MÍDIAS SOCIAIS: EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO COM OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Allan Flávio Nascimento, Débora de Souza Lucena, Lara Maria Alves de Carvalho, Camila Gonçalves Queiroz, Rodrigo Antônio da S. Sales, Evanêz de Almeida Silva Bizerra, Joselma Ferreira Gaião Medeiros de Araújo, Kadígina Alves de Oliveira Chaves, Gisetti Corina Gomes Brandão, Lidiany Galdino Felix

Resumo

Frente à crise sanitária global imposta pela pandemia causada pelo SARS-CoV-2, as atividades presenciais do PET/Saúde-Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande foram interrompidas, para atender às medidas de biossegurança e distanciamento social, instituídas pelas diretrizes internacionais e pelo Ministério da Saúde, a fim de minimizar a transmissibilidade da doença em locais com transmissão comunitária. Nesse contexto, a utilização das mídias e das plataformas digitais se tornou fundamental para garantir a continuidade das ações de Educação Interprofissional em Saúde (EIP) do Programa. O presente trabalho se trata de um relato de experiência, de caráter descritivo, que teve por objetivo descrever a experiência de utilização das mídias sociais para potencializar as ações de EIP, realizadas pelo PET-Saúde, no contexto da pandemia da COVID-19. As ações de EIP foram desenvolvidas por meio das mídias digitais durante os meses de maio a novembro de 2020, em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Campina Grande, Paraíba: Nossa Senhora Aparecida, Cinza, Mutirão. As redes sociais utilizadas para potencializar as informações, a comunicação e o contato mais direto com a comunidade foram as plataformas Instagram e o WhatsApp Business. O uso dessas plataformas de mídias sociais se mostrou uma potente ferramenta para a produção e divulgação de conhecimento, possibilitando a continuidade da dinâmica do trabalho de educação interprofissional, mesmo em um cenário de pandemia.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”

Nise da Silveira

INÍCIO DE UM CAMINHO ...

A Educação Interprofissional (EIP), compreendida como a aprendizagem integrada e interativa entre duas ou mais profissões de saúde, possibilita uma maior compreensão dos papéis específicos de cada profissão, potencializando o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe (REEVES, 2016).

Atualmente, a EIP entrou em destaque no cenário nacional e internacional,

especialmente diante da urgente necessidade de (re)organização dos serviços de saúde perante as demandas existentes e do impacto positivo sobre a saúde da população, na qual se observa um cuidado mais efetivo, integral, resolutivo, reduzindo os custos e os erros, bem como e ampliando a segurança do paciente/usuário (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

É necessário compreendermos a importância da EIP, que tem como características prioritárias o trabalho em equipe e o reconhecimento do papel de cada profissão, assim como a identificação das respectivas especificidades.

Entre as políticas indutoras da reorientação da formação profissional, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade), instituído pela Portaria interministerial n. 421 de 2010 e que tem por objetivo promover a educação interprofissional mediante iniciativas que integrem os núcleos de saberes das diferentes profissões, de forma colaborativa (Vendruscolo et al., 2020). Destarte, ele possibilita a identificação de necessidades frequentes vivenciadas nos serviços de saúde e a reflexão por parte dos profissionais, a fim de originar propostas de intervenção contínuas (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

Além disso, o PET-Saúde é um programa do Ministério da Saúde e da Educação do Brasil que visa a articular ensino-serviço-comunidade, por meio de tutores, que são docentes das universidades, preceptores, que são profissionais dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), e estudantes de graduação da área da saúde, com o objetivo de aperfeiçoar as práticas profissionais de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente à crise sanitária global imposta pela pandemia causada pelo SARS-CoV-2, as atividades presenciais do PET/Saúde-Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande foram interrompidas desde 17 de março de 2020, a fim de atender às medidas de biossegurança e distanciamento social, instituídas pelas diretrizes internacionais e pelo Ministério da Saúde, com o fito de minimizar a transmissibilidade da COVID-19 em locais com transmissão comunitária.

Diante dessa situação de excepcionalidade provocada pela ausência de vacinas e de medicamentos específicos e devido à alta transmissibilidade da infecção, fez-se necessário implementar estratégias criativas para garantir a continuidade das atividades do PET no contexto da EIP (Alencar et al., 2020) durante o período de distanciamento social.

Nesse contexto, a utilização das mídias e das plataformas digitais se tornou fundamental para garantir a continuidade das ações de EIP desenvolvidas pelo PET-Saúde. A produção deste capítulo se deu a partir das reflexões acerca das experiências de um grupo de estudantes de Psicologia, Medicina, Enfermagem, preceptoras e tutoras, integrantes PET-Saúde/Interprofissionalidade do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Dessa forma, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência de utilização das mídias sociais para potencializar as ações de EIP, realizadas pelo

PET-Saúde, no contexto da pandemia da COVID-19.

O CAMINHO SE FAZ NA CONSTRUÇÃO E NAS DESCOBERTAS

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a vivência do PET-Saúde/ Interprofissionalidade da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Campina Grande.

As ações de EIP foram desenvolvidas por meio das mídias digitais, durante os meses de maio a novembro de 2020, período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais nos serviços de saúde, o que impossibilitou os discentes de estarem presencialmente nos cenários de práticas. Essa experiência foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Campina Grande, Paraíba: Nossa Senhora Aparecida, Cinza, Mutirão e, localizadas respectivamente nos Distritos Sanitários IV, VI e VII.

As redes sociais utilizadas para potencializar as informações, a comunicação e o contato mais direto com a comunidade durante esse período foram as plataformas Instagram e o WhatsApp Business das UBS. Com intuito de aproximar a comunidade dessas mídias sociais, os conteúdos foram organizados em agrupamentos temáticos - eixos - e postados semanalmente, por meio de um cronograma de publicação (Quadro 1).

Quadro 1. Agrupamento temático dos conteúdos das publicações postadas nas redes sociais das UBS. Campina Grande – PB.

AGRUPAMENTOS TEMÁTICOS	CONTEÚDOS
› Unidade de Saúde e Comunidade	› Apresentação dos profissionais que atuam nas unidades; e cronograma e protocolos de atendimento durante o período de pandemia
› Covid-19 e Temas Transversais	› Coronavírus
› Defesa do SUS	› Sistema Único de Saúde: como funciona e sua importância a sociedade
› Saúde da Mulher	› Outubro Rosa; Aleitamento Materno; e Empoderamento Feminino
› Saúde Mental	› Depressão; Ansiedade; Setembro Amarelo; “Um minuto de cuidado”; e “UBS te informa”
› Saúde da criança	› Agosto Dourado; e Vacinação

Fonte: Autoria própria

Para que o material construído chegasse até a comunidade, foram divulgados para os moradores das comunidades o número do WhatsApp e os respectivos perfis do Instagram das UBS, por meio de panfletos e/ou por mensagens de texto

nas redes sociais dos usuários.

Alguns desses conteúdos foram frutos do diagnóstico situacional realizado previamente pelo grupo PET-Saúde/Interprofissionalidade. O eixo “Comunidade e Unidade Básica de Saúde” contemplou a história da comunidade e de cada UBS, que foi resgatada pelos alunos e profissionais dos serviços, juntamente com apresentação dos profissionais que estariam atuando no período da pandemia e alguns protocolos de funcionamento do serviço durante esse tempo.

O Eixo “Covid-19 e Temas Transversais” contemplou assuntos referentes à pandemia. Já o “Eixo Defesa do SUS” abordou conteúdos referentes ao SUS e seu funcionamento, sendo idealizado para conscientizar a população sobre a importância do SUS para a comunidade.

Por fim, os eixos “Saúde da mulher”, “Saúde mental” e “Saúde da criança” surgiram a partir das necessidades elencadas por meio do diálogo entre as participantes do grupo de gestantes do WhatsApp e da sugestão da própria equipe de saúde. Dessa forma, foram abordadas diversas temáticas como o aleitamento materno, Agosto Dourado, como trabalhar a ansiedade em meio à pandemia, vacinação e sua importância, formas de prevenção contra o câncer de mama, e empoderamento feminino.

POTENCIALIDADES VIVENCIADAS PELA INTERAÇÃO POR MEIO DAS MÍDIAS SOCIAIS.

Vivências com WhatsApp Business e Grupo de Gestantes

Para garantir o acesso e a redução do fluxo de pessoas na unidade, a equipe da UBS Nossa Senhora Aparecida optou pelo uso do WhatsApp Business, por ser o aplicativo de mensagens instantâneas gratuito e mais utilizado pela população local, além de permitir a comunicação não escrita e a automatização das mensagens. O contato por meio dessa plataforma ocorreu dentro do horário comercial, através de um chip e aparelho celular adquirido pela própria equipe de saúde.

Percebe-se que essa plataforma digital foi potencializadora tanto para a equipe quanto para os usuários, no que diz respeito à comunicação e ao agendamento das consultas, pois possibilitou que houvesse um menor fluxo de pessoas circulando na UBS, evitando aglomerações, em que esse fluxo é controlado conforme os atendimentos. Também otimizou a marcação e a entrega desses exames, bem como a atualização dos dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), visto que por diversas vezes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) visitava o usuário e não o encontrava em casa.

Castro et al. (2020) nos relatam resultados satisfatórios no estudo sobre utilização de telecomunicação na atenção primária por via da plataforma do WhatsApp, apontando para a satisfação dos pacientes atendidos por meio virtual. O estudo aponta também para a diminuição do fluxo de pessoas na unidade e

maior organização da agenda de atendimentos, ponto que também foi identificado em nossa experiência. Assim como o estudo de Castro, consideramos o WhatsApp como uma ferramenta positiva para a gestão de grupos em tempos de pandemia.

Além disso, essa plataforma também possibilitou a troca de experiências positivas por meio de um grupo virtual de gestantes da UBS Mutirão. Inicialmente, o grupo foi criado para fornecer informações sobre o processo de trabalho na UBS, como: avisos, marcação de exames e consultas. No entanto, ficou acordado com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a equipe do PET sobre a importância da interação com essas mulheres, utilizando essa mídia social durante o período de distanciamento social.

A partir disso, iniciou-se o processo de apresentação da Equipe PET, com o objetivo de orientar as mulheres sobre as dúvidas e sobre os anseios que perpassam diante do período gestacional. Além disso, foi divulgado um vídeo informando o nome dos participantes, a função e uma foto. Essa fase se caracterizou pelo estabelecimento de vínculos com as usuárias, conversas informais e o convite para que as usuárias interajam no grupo. As conversas aconteciam semanalmente, preferencialmente entre a sexta e a segunda-feira, que era o momento em que o grupo ficava aberto para interação, perguntas e queixas das mulheres, para que não atrapalhasse as informações passadas sobre o cronograma da unidade.

Essa plataforma digital, além de possibilitar um diálogo/aproximação com os usuários, apresenta potencial para identificação das representações sociais da saúde subjacentes ao conteúdo das postagens e aos objetos digitais, juntando análise de conteúdo visual e textual (França; Rabello; Magnago, 2019).

Vivências com o Instagram

O Instagram é considerado uma plataforma digital que funciona como uma rede social online, a qual possibilita aos seus usuários o compartilhamento de fotos e vídeos com outros usuários com interesses similares ou não (APROBATO, 2018).

Nessa perspectiva, as três UBS utilizaram o Instagram como plataforma potencializadora para a disseminação de informações e aproximação com a comunidade. Para a construção do material de divulgação na referida plataforma, foram formados subgrupos para aprofundamento na leitura dos materiais e criação das postagens, com a definição das tarefas individuais e coletivas, além de o estabelecimento de avaliação mensal das atividades que foram feitas, isso tudo intermediado por aplicativos de mensagens de vídeo.

Os designs das postagens foram realizados por meio do Canva, que é um editor gratuito o qual permite criar artes pelo celular e pelo computador. Também era feita uma curadoria para identificar materiais interessantes de outras páginas que poderiam ser compartilhados.

A utilização dessa plataforma possibilitou o desenvolvimento de elementos da educação interprofissional, no que diz respeito às competências colaborativas,

integrando profissionais e estudantes de áreas distintas do campo da saúde. Além disso, a equipe se mobilizou para que fosse utilizada uma linguagem mais apropriada para o público-alvo. Dessa forma, assim como vivenciado por Granjeiro et al (2020), as reuniões virtuais permitiram o trabalho interprofissional do grupo PET-Saúde, por meio do diálogo e da reflexão sobre a necessidade de mudanças, que aconteceram pelo trabalho mútuo e integrado.

Inicialmente, foram realizadas quatro publicações por semana contemplando cada um dos eixos temáticos. A partir do mês de agosto, acordou-se diminuir o fluxo de postagens, com uma postagem semanal, devido ao funcionamento do algoritmo da plataforma, realizar publicações com um intervalo curto de tempo fazia com que algumas postagens ficassem com poucas visualizações do que outras.



Figura 1. Postagens referentes ao Agosto Dourado publicadas no Instagram das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande – PB. Fonte: Autoria Própria.

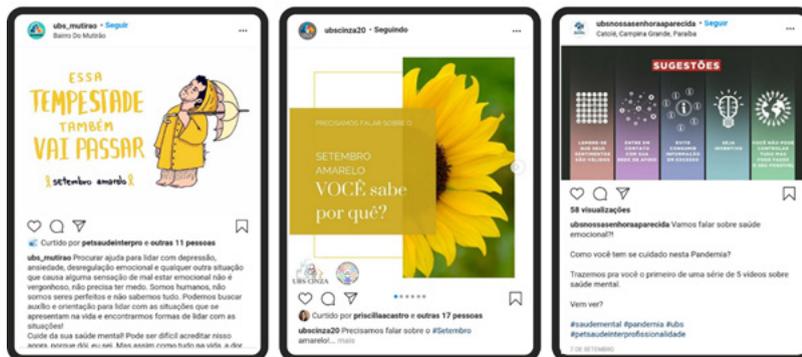


Figura 2. Postagens referentes ao Setembro Amarelo e cuidados com a saúde mental, publicadas no Instagram das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande – PB. Fonte: Autoria Própria.

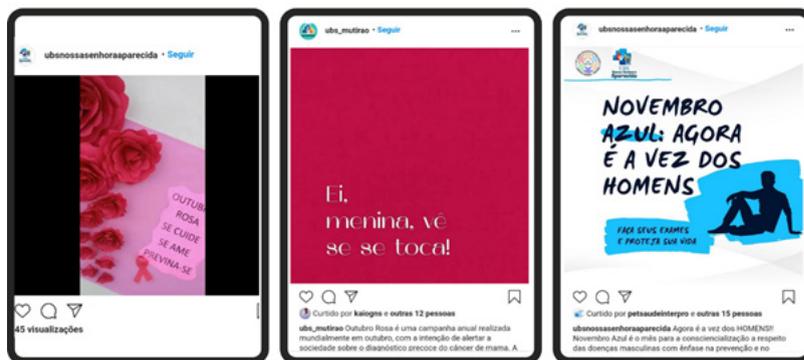


Figura 3. Postagens referentes ao Outubro Rosa e Novembro Azul, publicadas no Instagram das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande – PB. Fonte: Autoria Própria.

Além das postagens no feed do Instagram, também foram realizadas postagens interativas por meio dos stories, estimulando a participação da comunidade a tirarem suas dúvidas como a “UBS Cinza Responde”, com publicações destinadas a informações sobre serviços de saúde e redes de apoio disponíveis em Saúde Mental através da “UBS Te Informa”, e também algumas enquetes para investigar o conhecimento da população sobre empoderamento, potencializando as ações de educações em saúde, como mostra as figuras abaixo:



Figura 4. Postagens para investigar o conhecimento das usuárias da UBS Cinza sobre o empoderamento feminino, Campina Grande – PB. Fonte: Autoria Própria.



Figura 5. Publicações dos vídeos da TV Nossa Senhora Aparecida, Campina Grande – PB.
Fonte: Autoria Própria.

Os integrantes relataram dificuldades no uso dessa plataforma, no geral, relacionadas ao nível de engajamento da comunidade. Consultando o nível de engajamento da plataforma do Instagram da UBS Cinza, obtivemos os seguintes dados: 87% dos seguidores foram alcançados pelos posts, porém menos de 20 % curtiram e compartilharam as postagens. Outro aspecto importante é em relação ao público alcançado, apesar de termos observado um crescimento de 50% em dois meses, o público atingido não foi o público-alvo, que são os usuários da UBS, e sim a comunidade acadêmica, os amigos e os integrantes do PET- Saúde. Dessa forma, foi necessária uma nova estratégia, a fim de reconstruir o vínculo a partir de outras ferramentas, como grupo virtual na plataforma Google Meet.

Contudo, mesmo que as postagens do Instagram tenham alcançado uma pequena parcela da população, a experiência nos serviu de aprendizado. As vivências de forma remota foram muito importantes para a formação continuada de alunos, professores e profissionais de saúde, principalmente como experiência pedagógica no ensino-aprendizagem, possibilitando a interação entre ensino, serviço e comunidade (Granjeiro et al, 2020).

Assim, a familiaridade com o uso das tecnologias varia em função do nível de experiência com as plataformas. No entanto, é perceptível que houve um avanço, pois novas competências foram exigidas para este período que está sendo vivenciado (Modelski; Giraffa; Casartelli, 2019). Portanto, os cenários de ensino e aprendizagem gerados pela pandemia pela COVID-19 geram instabilidade, mas também oportunidades de aprendizado, uma vez que, por meio deste período, a equipe precisou se adaptar e se adequar ao novo modelo que possibilitasse a interação entre os indivíduos.

Tendo em vista a perspectiva apresentada, França, Rabelo e Magnago (2019) afirmam que as plataformas e mídias digitais deixaram de ser meras ferramentas de EPS e passaram a ser algo mais amplo: recurso para a gestão da educação e do trabalho em saúde, as quais podem ser replicadas e/ou readaptadas conforme as necessidades locais, com menor custo ao Sistema de Saúde, já que se trata de ferramentas já existentes e utilizadas por usuários, profissionais e gestores da saúde. Para isso, precisamos aprender sobre os usos correntes das plataformas e das mídias digitais, investigar e explorar o que já se usa, entendendo melhor como os diversos atores interagem com elas e em que cenários seus usos podem ser otimizados, de acordo com os recursos de cada mídia e plataforma, bem como sua cultura de uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso dessas plataformas de mídias sociais (WhatsApp e Instagram) se mostrou uma potente ferramenta para a produção e divulgação de conhecimento, possibilitando a continuidade da dinâmica do trabalho interprofissional mesmo em um cenário de pandemia.

REFERÊNCIAS

Alencar, T. O. S., Oliveira, S. S., Coelho, M. M. P., Souza, C. S., Freitas, J. O., Santos, M. S., Souza, M. Q. B., Silva, S. S., Miranda, T. A (2020). Uso de tecnologias digitais na educação interprofissional: experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade. *REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES*, 9(Esp.1): 603-9.

Almeida, R.G.S, Teston, E.F., Medeiros, A.A. (2019). A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde debate*, 43(spe1): 97-105.

Aprobato, V. C (2018). Corpo digital e bem estar na rede Instagram: um estudo sobre as subjetividades e afetos na atualidade. *Bol. - Acad. Paul. Psicol*, 38(95), 157-164, 2018.

Castro, F. A. G. et al (2020). Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. *Rev. bras. med. fam. comunidade*, 15(42):2484.

França, T., Rabello, E. T., Magnago, C. (2019). As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em debate*, 43 (spe 1), 4-115, 2019.

Granjeiro, E. M. et al (2020). Estratégias de ensino à distância para a educação

interprofissional em saúde frente à pandemia COVID-19. *REVISA*, 9(Esp1): 591-602, 2020.

Modelski, D.; Giraffa, L. M. M.; Casartelli, A. O. (2019) Tecnologias digitais, formação docente e práticas pedagógicas. *Educação e Pesquisa*, 45(e180201), 2019.

Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunic Saúde educ*, 20(56):185-96.

Vendruscolo, C. et al (2020). "PETSaúde" Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. *Saúde em Redes*; 6(2):275287.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO USO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO PET- SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Tales Natan Freitas da Silva, Rayssa Nayara Venâncio Bezerra, Emanuele Mayara de Souza Bastos, Rafaella Charllyny Araújo de Menezes, Maria Letícia Cardoso da Silva Barbosa, Ana Luiza Marinho Leite, Kleyton Klaus Guedes de Souza, Juliana e Silva Oliveira, Leonídia Aparecida Pereira da Silva, Gracielle Malheiro dos Santos

Resumo

Experienciar o uso, a produção e o compartilhamento do conteúdo por meio das TICS não é uma estratégia recente na saúde e na educação. Todavia, as estratégias necessitam que haja intencionalidade e qualificação para o seu bom uso e adequado resultado. Desta forma, no período de distanciamento social, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, realizado pela Universidade Federal de Campina Grande, no Centro de Educação e Saúde em Cuité – Paraíba, de forma parceira com a 4ª Gerência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Cuité e Nova Floresta – Paraíba vem utilizando diferentes TICS para a formação, promoção da saúde e educação permanente junto à população e a trabalhadores. Trata-se de um relato de experiência, compreendendo o período das atividades de novembro de 2019 a agosto de 2020. Além da interação para o trabalho e manutenção do vínculo, as TICS auxiliam o trabalho colaborativo a partir da produção dos conteúdos como atividades. TICS permitem que o conteúdo possa ser acessado em diferentes momentos. A diversificação das estratégias e tecnologias, e seus objetivos, facilitam criar, interagir, divulgar e relacionar-se mesmo diante do distanciamento social. Os temas e conteúdos produzidos são alusivos a COVID-19, mas também versam sobre o trabalho em saúde, a formação, questões de saúde e doenças, aspectos sociais e culturais. É positiva a experiência diante do atual cenário para acolher e amparar a comunidade acadêmica e os usuários dos serviços de saúde, assim como, aos integrantes do projeto. Muitos são os desafios quanto ao acesso das pessoas à internet, na garantia do alcance das produções e as dificuldades para manter a interação e articulação com a comunidade e profissionais.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a denominada Sociedade da Informação e do Conhecimento acelera a noção de uma época tecnológica sob a justificativa da busca por inovação. Esse período pode ser caracterizado pela importância crescente do desenvolvimento e uso de recursos tecnológicos e está em diferentes áreas de intervenção humana, em especial, nas relações e na comunicação sociais, empresariais e institucionais. As alterações na contemporaneidade diversificaram-se de tal forma que, um nicho específico se põe com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) (Pereira & Silva, 2010).

As TIC, de forma, geral, podem ser definidas como recursos tecnológicos que se integram proporcionando uma comunicação variada em vários tipos de processos, especialmente as atividades que objetivam a aprendizagem e a comunicação/ interação: “cada vez mais a tecnologia se faz presente na escola e no aprendizado do aluno, seja pelo uso de equipamentos tecnológicos seja por meio de projetos envolvendo educação e tecnologia” (Oliveira & Moura, 2015, p 76). Elas são uma nova possibilidade para o indivíduo vivenciar processos criativos, estabelecendo aproximações e associações inesperadas, juntando significados anteriormente desconexos e ampliando a capacidade de interlocução, por meio das diferentes linguagens que tais recursos propiciam. Além disso, elas têm contribuído como um diferencial extremamente eficaz, que possibilita aperfeiçoar a relação entre um comunicador e seu público, ou seja, trata-se de tecnologias usadas para reunir, contribuir e compartilhar informações. Desse modo as TIC proporcionam um melhor desenvolvimento, usando a tecnologia em prol da comunicação efetiva (Martines, 2018)

A era da informação não deixou a área da saúde à margem, têm-se o registro do uso do desenvolvimento de sistemas de informação para dar apoio à saúde da população e nas atividades de saúde pública relacionadas a prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitoramento (Pinochet, 2011; Hannah, 2009). Na saúde, a internet e a banda larga permitem um volume e variedade de informações com função de agregação, ou seja, ela não elimina os demais métodos ou equipamentos existentes.

A informática e as telecomunicações, e as redes sociais, entre outras formas de contato com o público, estão unidas para o desenvolvimento tecnológico e social do setor saúde de profissionais, instituições de saúde e das organizações (Pinochet, 2011). Como essas tecnologias integram-se as atividades das rotinas pessoais e de trabalho, elas podem ser utilizadas por profissionais de saúde e o setor da educação como ferramenta de desenvolvimento, divulgação, comunicação e interação.

Em momentos como o de distanciamento social a internet alcança essas e novas funções. A situação particular vivenciada no ano de 2020 com o SARS-2 na COVID-19 trouxe novos desafios ao setor saúde e de educação, pode-se acreditar que a internet teve suas possibilidades ampliadas e intensificadas, pois houveram incentivo a várias regulamentações de áreas que antes não eram possíveis como a telessaúde, implicando em investimentos em infraestrutura, inclusive de padrões de informação para as TIC em saúde de forma que sejam capazes de garantir a interoperabilidade de sistemas, serviços, recursos humanos e em modelos de organização nos serviços e instituições (Caetano et al., 2020, p. 11).

Assim assume-se que a distribuição e acesso permitem ainda mais a proliferação das TIC e de toda forma de comunicação e informação acessível (Soares & Miranda, 2018). Essas tecnologias já faziam parte das práticas de educação permanente em saúde (EPS) e estavam sendo incorporadas para aumentar o alcance

e a variedade dos públicos e objetivos. As TIC são mediadoras para o processo de aprendizagem, e de aperfeiçoamento. Elas se adequaram e despontaram após a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Sistema Único de Saúde, à Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (Prado, 2012).

Nesse contexto, insere-se ainda na Rede Universitária de Telemedicina (Rute) integrada ao Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, que representa uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e do Ministério da Saúde, com o objetivo de contribuir para a melhoria do atendimento e da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da promoção da teleassistência e da teleducação, em uma parceria com a UNA-SUS de forma a facilitar o acesso às atividades de capacitação dos profissionais da área da saúde (Farias et al., 2017 apud TIC Saúde, 2014, p. 3).

As TIC podem ser utilizadas como produtos realizados e pautados pelo trabalho colaborativo e de aprendizagem entre as diferentes formações em saúde. Historicamente, ambientes virtuais têm sido propostos como alternativas e também substitutivas aos cursos presenciais. Todavia, existem contingências na ordem da aprendizagem, organização e processo. Neste trabalho, reconhece-se as TIC em sua dimensão aliadas ao processo de trabalho colaborativo e à formação em saúde. Além disso, reconhece-se a potencialidade dos produtos para fins de promoção e educação em saúde através de mídias pensadas para a população da região de Nova Floresta e Cuité na Paraíba. Isso se dá porque as ferramentas do ambiente da web foram assumidas como grandes aliadas, tanto na exposição de informações, quanto proporcionando espaços colaborativos e interativos entre as pessoas (Cruz, 2013).

Experenciar o uso, a produção e o compartilhamento do conteúdo por meio das TIC não é uma estratégia recente, mesmo em propostas educacionais, tendo em vista o avanço do acesso à internet. TIC são um meio de aprendizagem crescente devido à expansão do acesso à Internet, ao seu baixo custo; a possibilidade de superar as barreiras geográficas, proporcionando a democratização do acesso à educação, torna-se relevante uma vez que se insere no processo de educação permanente de profissionais da saúde (Farias et al, 2017, p. 4).

Com o contexto do distanciamento social pela sindemia global devido à doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV), demandou-se novos usos e desafios na produção de conteúdo voltado à educação e saúde, à promoção e acesso à informação sobre a COVID, mas também, dos demais temas e situações que envolvem as novas formas de contato social e relações, permanecendo as necessidades de informações para o desenvolvimento do cuidado e da assistência em saúde. Pacientes podem obter acesso à informação sobre patologias, medicamentos e possibilidades de tratamentos através do uso da internet. Os indivíduos adquirem diferentes percepções e informações sobre questões de saúde. O compartilhamento de

dados de saúde está aumentando exponencialmente com o desenvolvimento das plataformas e estratégias que envolvem as TIC (Carlotto & Dinis, 2018). Por meio dos celulares e da internet, as TIC contribuem e passaram a integrar profundamente as mudanças, de modo que as diversas tecnologias digitais propiciam, cada vez mais, a criação de conteúdo e compartilhamento de dados pelos usuários e instituições de ensino e de saúde. Isto implica na importância que as tecnologias digitais têm e mostram como são extremamente abrangentes para as ações em promoção da saúde (PS) (Carlotto & Dinis, 2018).

Isso é fortalecido, sobretudo, na colaboração interinstitucional em pesquisa usando TIC. Para Gazda e Quandt (2010), no desenvolvimento de redes de cooperação associada à evolução dos modelos de gestão da inovação, utilizando-se da crescente adoção de um modelo colaborativo, a inovação aberta ou open innovation (Gaz & Quandt, 2010 apud Chesbrough, 2007), existe a potencialidade de desenvolver e de absorver novas tecnologias e a identificação de oportunidades. Desta forma, reconhecidamente as tecnologias apresentam-se como um aparato possível aos contextos da educação e da saúde e aos profissionais em seus processos de trabalho e organização da assistência.

Não obstante da influência do contexto social, mas também, reconhecendo a potencialidade das tecnologias, os diferentes profissionais da área da saúde têm utilizado como forma de trabalho essas ferramentas do espaço digital como um instrumento para veicular informação acerca de doenças, prevenção, educação de estudantes e da população e ainda, organizar e realizar os processos de trabalho das instituições e serviços de saúde. As possibilidades e usos acolhem formas particulares o ambiente virtual quando se trata da dimensão da saúde, e utilizam para buscar informações sobre doenças, e ainda, expor seus sentimentos e suas experiências com o processo de adoecimento e compartilhar suas angústias e sofrimentos com outros que também estão vivenciando algo parecido (Cruz, 2013).

Todavia, as estratégias voltadas à aprendizagem e execução de tarefas necessitam que haja intencionalidade e qualificação para o seu bom uso e adequado resultado. Desta forma, a partir de março de 2020 o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade realizado pela Universidade Federal de Campina Grande, no Centro de Educação e Saúde em Cuité, Paraíba, de forma parceira com a 4ª Gerência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Cuité e Nova Floresta, na Paraíba, vem utilizando diferentes TIC para a formação, promoção da saúde, educação permanente junto à população e aos trabalhadores.

Este capítulo tem por objetivo descrever a experiência das TIC pelo o PET-Saúde Interprofissionalidade realizado nesses municípios durante a vigência do projeto. A proposta visou facilitar a execução de atividades do projeto no período de distanciamento social, adotar uma nova estratégia de trabalho de forma virtual, tentando experimentar novas formas de organização voltadas aos serviços de saúde, à comunidade e à universidade, bem como, manter contatos e trabalho

colaborativo. Além disso, visou vivenciar como parte da educação interprofissional, a incorporação das TIC como uma alternativa e facilitar a produção e a divulgação de conhecimento e conteúdo, a interação com a comunidade e trabalhadores, e à formação em saúde de forma interprofissional.

METODOLOGIA

O seguinte escrito se apresenta como um relato de experiência, com abordagem descritiva e reflexiva com base na experiência de trabalho com as Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) para a formação e a produção de conteúdo voltado à educação em saúde e a promoção da saúde por meio da experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade realizado nos municípios de Cuité e Nova Floresta durante o ano de 2020.

O PROJETO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

Características dos integrantes e dos municípios parceiros

O projeto conta com 49 integrantes, sendo 24 estudantes das graduações de biologia, enfermagem, nutrição e farmácia ligados ao Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cuité. Professores da graduação que atuam como tutores no projeto, do mesmo campus universitário, ligados aos mesmos cursos. E 16 profissionais de nível superior que desempenham papel de preceptores, distribuídos igualmente e pertencentes aos quadros das Secretarias Municipais de Saúde.

Os municípios envolvidos no projeto são Cuité e Nova Floresta tendo, respectivamente, 19.978 mil e 10.533 mil habitantes (IBGE, 2010). As cidades fazem divisa e seus centros urbanos têm a distância entre si aproximadamente de 7 km. A rede assistencial é prioritariamente a atenção básica.

O planejamento e organização junto aos serviços de saúde do projeto PET-Saúde que são locais de intervenção e trabalho nos municípios estão ligados aos preceptores e versam sobre serviços de saúde (03 unidades da estratégia saúde da família), espaço de gestão em saúde (sedes das secretarias municipais de saúde) e Centro de Atenção Psicossocial (01 infantil e 01 adulto). O centro universitário é um dos setes campi da Universidade Federal de Campina Grande e conta com três cursos de bacharelado na área da saúde (enfermagem, nutrição e farmácia) e outros quatro cursos de licenciatura (física, biologia, matemática, química), o campus universitário conta com aproximadamente 1700 alunos matriculados no período de 2020.

O projeto ocorreu com imersão dos alunos desde o início das atividades em abril de 2019, antes desse período, entre janeiro e março, os segmentos envolveram-se na realização de cursos e aperfeiçoamento na plataforma de ensino AVASUS, ligada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com a realização

de cursos dito básicos e complementares. O primeiro, dizendo respeito às noções e concepções de saúde pública e planejamento e de educação interprofissional; depois todos realizaram mais de 120 horas de cursos em temas específicos e aqueles que fossem de áreas comuns à formação em saúde.

Em 18 de março de 2020 o campus universitário do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande suspendeu todas as formas presenciais de atividades. Na sequência, as gestões municipais de saúde iniciaram a suspensão de atividades presenciais interinstitucionais. Essas situações levaram ao processo da experiência com as TICS relatadas aqui nesse trabalho.

Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) desenvolvidas no PET-Saúde Interprofissionalidade

Foi realizado, em um primeiro momento, uma aproximação com o tema das Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS); identificação das ferramentas possíveis para o uso; a criação de um grupo com representantes de todos os grupos tutoriais; reunião de sensibilização e replanejamento geral do projeto a partir das tecnologias. Essa experiência permitiu a sistematização desse capítulo. Desta forma, cada plataforma e rede social utilizada será descrita nos próximos tópicos.

O plano geral de todas as TICS utilizadas está descrito em seus objetivos e público alvo na Tabela 01. A equipe representante dos grupos é composta por estudantes e a coordenação geral do projeto. Seguindo as habilidades e preferências no manejo de algum dos programas, o grupo realizou treinamento específicos e conferências de organização de trabalho.

Os estudantes de cada grupo adotaram um ponto de comunicação para auxiliar e informar como e quais tecnologias seriam mais interessantes aos objetivos e trabalho.

O conteúdo passou a ser produzido e avaliado tanto pelos grupos tutoriais do projeto, como por esse grupo dito de “coordenação das mídias” do projeto, desta forma tudo tinha o envolvimento de todos os segmentos. A distinção dessa coordenação se responsabilizava principalmente, pela segurança e acesso às mídias e programas do projeto. De forma, colaborativa e corresponsável essa coordenação de mídias atua facilitando o fluxo e a continuidade, pois desenvolveu material informativo, criando-se rotina, avaliando-se os relatórios de acesso para melhor organização e qualidade do conteúdo das plataformas digitais oficiais do PET-Saúde Cuité e Nova Floresta, Paraíba.

As atividades ficaram divididas por tarefas que correspondiam a grupos diferentes e que seriam rotacionadas a cada mês. Durante o trabalho, cada grupo tutorial ficou responsável pela produção de conteúdo relacionado a um tipo de mídia diferente, como a série de Podcasts Saúde no Interior da Paraíba, vídeos e lives organizadas por vários PETs no Youtube e publicações com as mais diversas

temáticas relacionadas à saúde para o Instagram, sendo que os estudantes também contaram com autonomia em integrar-se à produção de diversos tipos de conteúdo com os quais tinham maior afinidade.

Tabela 1. Identificação das estratégias de TICS utilizadas no PET- Saúde Interprofissionalidade desenvolvido em Cuité e Nova Floresta, Paraíba, 2020.

TICS	Objetivos	Tipo de informação	Público alvo
<ul style="list-style-type: none"> › Podcast - Programa "Saúde no Interior na Paraíba" e rádio 	<ul style="list-style-type: none"> › Fornece informação de qualidade acerca de assuntos pertinentes relacionados à saúde da população, pela plataforma do spotify, anchor e rádio 89 FM de Cuité e região. 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdos focados em saúde física, mental, automedicação e temas pertinentes à saúde da população no período de pandemia pela COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> › Jovens, adultos e especialmente idosos.
<ul style="list-style-type: none"> › Instagram 	<ul style="list-style-type: none"> › Divulgar as produções audiovisuais realizadas pelos integrantes do Projeto relacionados aos cuidados em saúde e propagar eventos e encontros do PET-Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdo alusivo a pandemia da covid-19, além de temáticas diversas voltadas à saúde, Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e educação interprofissional. 	<ul style="list-style-type: none"> › Usuários do SUS e comunidade acadêmica como um todo.
<ul style="list-style-type: none"> › WhatsApp® 	<ul style="list-style-type: none"> › Articular a produção de material por meio do fórum e a disseminação de conteúdos entre os integrantes do programa e com o grupo de usuários dos serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdo informativo, post, vídeos e áudios, com orientações e informações para a comunidade de usuários de saúde; organização e planejamento do projeto entre os integrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> › Adultos, jovens, profissionais do serviço e usuários do SUS, em especial a comunidade de Cuité e Nova Floresta-PB.
<ul style="list-style-type: none"> › Site oficial do Projeto 	<ul style="list-style-type: none"> › Registrar, divulgar e fornecer conteúdo do projeto. Criar um acervo de referências sobre a interprofissionalidade e a saúde coletiva e pública, e as produções (artigos, livro) do projeto. Interligar as diferentes mídias. 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdo informativo, formativo e interligado das demais mídias. Organização e planejamento do projeto entre os integrantes. 	

continuação

TICS	Objetivos	Tipo de informação	Público alvo
<ul style="list-style-type: none"> › Divulgação à comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> › Adultos, jovens, profissionais do serviço e usuários do SUS, em especial a comunidade de Cuité e Nova Floresta-PB. 		
<ul style="list-style-type: none"> › Informativo, grupos de discussão e outras tentativas 	<ul style="list-style-type: none"> › Realizar a propagação de informações de diversos conteúdo pelo informativo virtual; Reforçar a educação interprofissional com/e para os estudantes, com o Fórum virtual - para discussão de questões de saúde, a partir de filmes assistidos e sugeridos no fórum; 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdo referente a saúde mental, humanização em saúde, interprofissionalidade, Práticas Integrativas e Colaborativas em Saúde, trabalho colaborativo, saúde do homem, atenção e tabus relacionados à saúde da comunidade masculina, entre outras observações relevantes sobre saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> › Público acadêmico, adultos e profissionais de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> › Youtube 	<ul style="list-style-type: none"> › Disseminação da produção do Projeto; execução de lives Inter-PET com temáticas diversas em saúde e Educação Interprofissional em Saúde (EIP). 	<ul style="list-style-type: none"> › Conteúdo relacionado à educação interprofissional em formato audiovisual e reprodução de Webinar com temáticas de educação e saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> › Toda comunidade acadêmica e o público em geral.

Fonte: Arquivos próprios do PET-Saúde Interprofissionalidade realizado em Cuité e Nova Floresta, Paraíba, 2020.

Para que tudo ocorresse de forma sistemática, foi criado um grupo no aplicativo de mensagens WhatsApp®, com o intuito de regular tanto as atividades, como o fluxo de toda a demanda de conteúdo, os discentes ficaram responsáveis pela orientação de cada produção de mídia e, também, por analisar questões relacionadas à horário e data de publicação; divulgação do trabalho; edição dos Podcasts e vídeos; além da criação das artes utilizadas nas postagens.

Podcast - Programa “Saúde no Interior da Paraíba” e rádio

O Podcasting começou seu desenvolvimento no início dos anos 2000, com o

termo 'Podcast' cunhado em fevereiro de 2004 por Ben Hammersley em um artigo para o *The Guardian*. Basicamente, um Podcast é um pacote digital de áudio que geralmente faz parte de uma série, lançado em intervalos regulares e baixado automaticamente para dispositivos de mídia pessoais, sendo assim, podendo ser distribuídos globalmente (Drew, 2017).

De um ponto de vista técnico, não seria inadequado dizer que o Podcast se trata de “um processo midiático que emerge a partir da publicação de arquivos de áudio na Internet”. Em resumo, pode ser referido como um arquivo digital de áudio, disponível on-line, que em vez de uma música, contém programas que podem se utilizar de falas, de músicas ou de ambos (Freire, 2017).

Sendo uma mídia relativamente recente, o Podcast pode ter diferentes conteúdos, por meio de formas de narrativas muito próximas e até semelhante ao rádio, resgatando métodos semelhantes aos que observamos no jornalismo literário (Fernandes & Musse, 2017). Diante do que foi apresentado, o Podcast ganha importância como recurso educacional por ser uma tecnologia apta a propiciar novos modos de realização de atividades educacionais. Além disso, o Podcast também possui teor inclusivo e integrativo por se tornar uma fonte disseminadora de informação alternativa e exigir uma equipe integrada desde a elaboração da pauta, passando pela organização até a edição do mesmo (Fernandes & Musse, 2017).

O Podcast ganha importância como recurso educacional por ser uma tecnologia apta a propiciar novos modos de realização de atividades educacionais. Além disso, o Podcast também possui teor inclusivo e integrativo por se tornar uma fonte disseminadora de informação alternativa e exigir uma equipe integrada desde a elaboração da pauta, passando pela organização até a edição do mesmo (Fernandes & Musse, 2017). Outro diferencial acerca dos Podcasts em relação às diferentes mídias, e que tem impacto diretamente na relação com o público é que este modelo de mídia permite que os programas não necessariamente sejam transmitidos de forma unilateral, mas também proporciona uma interação entre os autores do conteúdo e o público, deixando espaço para formulação das próprias hipóteses dos autores dentro do assunto abordado (Junior, 2017).

Ainda sobre o Podcast, por ser uma mídia de fácil de produção, usando um smartphone por exemplo, fica fácil a produção deste tipo de conteúdo digital, favorecendo a uma maior periodicidade com que o programa é lançado, podendo ser produzido mais de um conteúdo por semana e garantindo uma relação constante com os ouvintes (Silva, 2019). E reconhecendo como o conteúdo pode ser compartilhado nas diferentes modalidades, podcast e rádio, e tendo em vista a importância do rádio como meio de acesso às informações para muitos, devido à sua gratuidade, seu alcance, e organização, o PET-Saúde desenvolveu o programa “Saúde no Interior da Paraíba”, conforme layout da Figura 01. E em formato de Podcast todo o conteúdo é compartilhado e divulgado em parceria com uma rádio particular local, maximizando o acesso aos temas voltados à saúde e ao contexto social da região.

Os temas são dos mais variados, mas, sempre com teor educacional e relacionado à saúde da população tratando os assuntos de forma simples e direta no intuito de estabelecer uma relação mais próxima com os ouvintes e facilitando a comunicação. Foram produzidos Podcasts falando desde o racismo, à sobrecarga das mulheres em período de pandemia; sobre o controle do colesterol, sobre as atividades no Centro de Atenção Psicossocial realizadas durante este período de pandemia; dentre muitos outros temas totalizando 37 edições. Esse material é distribuído e acessado por meio de 08 plataformas digitais de áudio através do aplicativo e site Anchor. A própria plataforma de streaming a Anchor permite um registro de análise dos dados. Até a elaboração deste texto, o material possuía, aproximadamente, 500 reproduções dos conteúdos de áudio no total (Anchor, 2020).

Além dessas plataformas, o projeto fez parceria para que todo conteúdo do Podcast do projeto PET-Saúde pudesse ser divulgado de forma gratuita pela rádio denominada “89 FM”.

A rádio difusora, de detenção particular, nasceu na região do Curimataú e do Seridó Paraibano, tem sede em Cuité e tem um compromisso com o desenvolvimento econômico-social e cultural de todas as cidades e regiões alcançadas pelo seu sinal, atualmente alcança ouvintes em mais de 100 municípios da Paraíba e do Rio Grande do Norte. Os programas podem ainda ser escutados pela internet também (Rádio 89FM, 2020).



Figura 1. Layout da plataforma Anchor de divulgação do Podcast “Saúde no Interior da Paraíba” do Projeto PET-Saúde Interprofissionalidade realizado nas cidades de Cuité e Nova Floresta, outubro de 2020. Disponível em: <https://anchor.fm/saudenointeriordaparaiba>

Os episódios são transmitidos diariamente nos turnos da manhã e tarde. São incluídas como metas ao desenvolvimento do material a reflexão não apenas de um tema, mas o exercício das formas de comunicação do conteúdo. Participaram

dos episódios todos os segmentos do projeto e parceiros convidados. A administração da rádio contribui indicando temas e auxiliando na edição dos programas junto à equipe de TICS do projeto.

Instagram

O surgimento e expansão das mídias sociais traz consigo um aumento muito significativo de novos usuários, seja por interesse em estabelecer contatos, ou pelas funcionalidades apresentadas por estes recursos. Dentre estes, o Instagram se apresenta como uma das mídias sociais mais importantes e crescentes, inclusive no que se refere às comunicações publicitárias (Oliveira, 2014).

Na Educação em Saúde, a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), por meio das redes sociais digitais, tem ganhado, de forma notável, espaço dentro e fora da academia. Partindo desse ponto, o principal público de acesso à informação em saúde por mídias digitais é de jovens de faixa etária que compreende dos 18 aos 30 anos. Em virtude disto, justificado pelo grande alcance por parte desse público, essa estratégia de divulgação de material informativo em saúde tem se tornado muito eficiente (Prybutok & Ryan, 2015).

O Instagram se caracteriza por software aplicativo, criado para desenvolver tarefas práticas do cotidiano dos usuários e surgiu para o público em 2010, passando por diversas modificações até os dias atuais. Para os desenvolvedores, o aplicativo abriu portas para um mundo mostrado com transparências e conexões mais próximas (Piza, 2012). Essa plataforma permitiu que o projeto PET-Saúde Interprofissionalidade trabalhe-se com a oferta de postagens de teor educacional e informativo atendendo às necessidades, dúvidas e explanação com embasamento científico tanto para a comunidade acadêmica, quanto para a população residente do município. A divulgação da manutenção seja diária, semanal, quinzenal ou mensal das outras mídias sociais é realizada pela plataforma do Instagram, como também a atuação dos integrantes dentro do programa.

Nesse cenário, o Instagram se destaca pelo aumento no número de engajamento dos usuários, possibilitando curtir e comentar publicações, enviar posts, seguir e ser seguido, além de novidades que surgem a cada atualização do aplicativo (Oliveira & Henrique, 2016).

É necessário estar presente na internet, pois hoje ela está inserida no cotidiano contando com um número abundante de usuários, por isso, é necessário desenvolver estratégias de marketing digital eficientes (Torres, 2010). Diante disso, é possível compreender que, mesmo utilizando com fins acadêmicos, a plataforma e as estratégias de engajamento também irão contribuir para interação e conhecimento de um maior público alvo acerca dos assuntos abordados. Mesclando os conhecimentos interprofissionais com as ferramentas disponibilizadas pela plataforma, é possível obter resultados significativos, atendendo as demandas do público em geral.

O PET-Saúde Interprofissionalidade, na plataforma do Instagram @

petsaudecuitepb, tem possibilitado a ampliação de acessos aos conteúdos e inclusão de divulgação de produtos realizados pelas diversas outras TIC que o PET utiliza. A manutenção é exercida semanalmente de acordo com as demandas. Na página do Instagram, é publicado materiais feitos pelos Grupos Tutoriais, vídeos curtos e longos em formatos de IGTV com a participação de convidados especialistas nas temáticas abordadas. Também é possível a interação do público de forma simultânea por meio de Lives e enquetes realizadas nos stories do Instagram para sabermos os assuntos que desejam que sejam abordados na plataforma e também para ajudar na produção de conteúdo relevante para a sociedade.

Em dezembro de 2020 existiam 115 publicações e os temas mais trabalhados no período de março a agosto de 2020 pelos estudantes para o público virtual foram: a saúde mental associada à pandemia por COVID-19; marcadores ligados ao sono e insônia; sentimentos/emoções presentes diante do distanciamento social; as práticas integrativas e complementares; alimentação e assuntos que incentivem a criação e manutenção de rotinas dentro das impossibilidades do contexto social e de saúde. O Instagram do PET-Saúde permite, além das divulgações de conteúdo próprio, também a divulgação de outros projetos e parcerias, conforme Figura 02. A equipe acolheu demandas do campus universitário e de outras instituições de ensino ligadas ou não ao PET-Saúde a fim de ser uma forma de fortalecer aqueles conteúdos e esforços de toda uma rede que se criava com as TICs sendo assumida como fonte e meio de acesso à informações através das universidades para a população acadêmica e para a comunidade com acesso virtual.

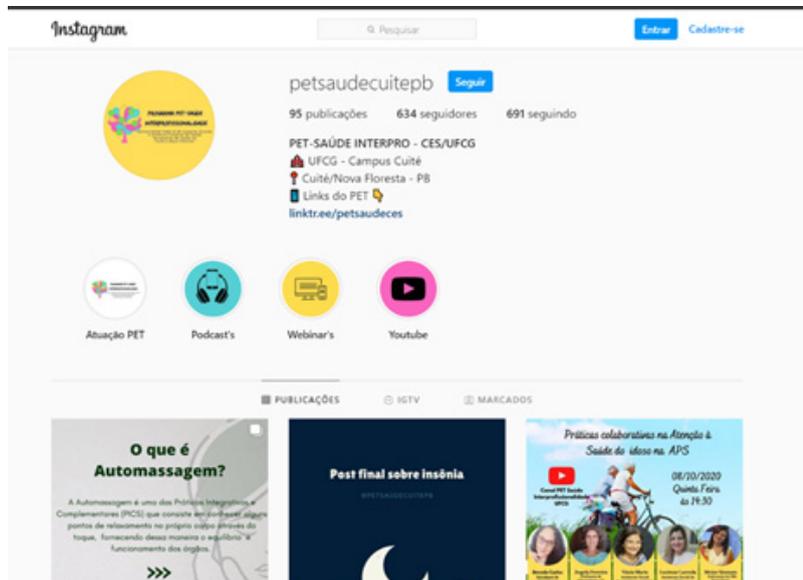


Figura 2. Perfil do Instagram @petsaudecuitepb, outubro de 2020. Disponível em: <https://>

www.Instagram.com/petsaudecuitepb/

Segundo informações dadas pela plataforma do Instagram, o público mais presente é entre 18 -24 anos com uma representatividade de 45% dos seguidores. No entanto, também possui um alcance de 15% de seguidores entre 35-44 anos e 7,6% entre 45-54 anos atingindo um público de perfil adolescente/adulto, o qual está em maior busca de conhecimentos e novos conteúdos nas TICs, principalmente no período de pandemia por COVID-19, no qual o isolamento social proporciona mais momentos no âmbito virtual e maior acesso à plataforma. O alcance dos conteúdos chega a 585 contas durante um período de sete dias e com uma interação aos materiais publicados de 2.000 impressões (Instagram,2020).

WhatsApp®

O WhatsApp® se trata de um aplicativo que permite transferência de informações, incluindo texto e imagens, o que pode ajudar no ensino em saúde, pois permite que todos os usuários visualizem conteúdo escrito e visual em tempo real e respondam a esse conteúdo instantaneamente. Por ser gratuito, o WhatsApp® oferece uma solução de baixo custo e é acessível a grande parte da população. Um recurso popular do aplicativo são os bate-papos em grupo, permitindo que as pessoas se comuniquem e compartilhem informações numa interface comum com muitos membros num único grupo (Paulino, 2018).

Não por acaso, pesquisadores de diferentes áreas defendem o WhatsApp® como ferramenta de comunicação rápida e promissora a ser utilizada como plataforma de apoio à educação (Moran, 2015). Pela grande quantidade de conteúdo compartilhando e a facilidade do acesso através das ferramentas digitais, o WhatsApp® possibilita manter os profissionais mais informados, além da aprendizagem voltada à capacitação do uso racional e compartilhamento de informações (Paulino et al., 2018).

A utilização das mídias digitais como ferramenta pedagógica vem se tornando uma estratégia dinâmica, prática e eficaz em detrimento da impossibilidade de reuniões, ensino- aprendizagem e acordos presenciais, possibilitando assim, engajamento com rodas de conversas virtuais, fóruns, reuniões e sala de aula online. Todavia, se faz necessário refletir e compreender que nem todas as pessoas inseridas no público alvo conseguirão ter acesso a essa plataforma e participarem de maneira ativa das atividades. A fim de obter boas relações virtuais e concluir as atividades acadêmicas do PET- Saúde Interprofissionalidade, torna-se necessárias organização e disciplina por parte dos integrantes, colaborando com a produtividade dos eixos e com a harmonia do programa em geral.

O uso do WhatsApp® pelos integrantes do PET-Saúde Cuité e Nova Floresta – PB é feito com o intuito do compartilhamento e manutenção do conteúdo audiovisual do Projeto, pois permite uma troca de informação mais rápida e eficiente, além de servir para articulação de eventos que envolvem vários PET's e divulgação

de outros eventos relacionados. Nesse contexto, a ferramenta também é utilizada para fóruns virtuais – momentos de diálogo entre integrantes do PET acerca de diversas temáticas, a exemplo da educação interprofissional em saúde e saúde mental.

O aplicativo no programa PET-Saúde Interprofissionalidade tem sido de grande utilidade no que se refere à continuidade de comunicação dos integrantes/comunidade com o compartilhamento de áudios em formatos de Podcast, espaços de reuniões para a organização das redes sociais por meio do grupo de comissão e também é uma ferramenta para planejamentos e momentos de encontros entre os diferentes eixos dentro do programa.

Foi realizado por meio do WhatsApp® um fórum virtual direcionado aos estudantes/integrantes para discussões de questões de saúde a partir de sugestões de filmes ou documentários pelas mediadoras ou demais integrantes, quais eram indicados e dado o prazo de oito dias para serem visualizados. No fórum foi possível debates sobre saúde mental com o filme “Nise o coração da loucura”, onde foram pontuadas questões de humanização em saúde, empatia, a inclusão de práticas integrativas e complementares como forma de cuidado e terapia, as mudanças na vida dos pacientes com a inclusão da arteterapia e musicoterapia; essas discussões foram associadas às realidades dos serviços de saúde, tendo em vista a prática dessas terapias realizadas no CAPS de Cuité-PB pelo programa PET-Saúde; também foram abordadas questões sobre a saúde do homem com documentário “O silêncio dos homens”, levando a uma reflexão da pressão da sociedade e as consequências na saúde, o desenvolvimento desses homens, machismo e quebra de tabus.

Contudo, o fórum virtual foi uma tentativa de construção de conhecimentos entre os estudantes que rendeu um determinado tempo, mas, devido às obrigações diárias, período de pandemia e por ser uma atividade não obrigatória, na qual o integrante poderia se retirar a qualquer momento sem cobranças, o fórum foi encerrado. Todavia, esta atividade motivou a produção de material utilizado nas mídias sociais do PET, inclusive no informativo feito por estudantes da comissão, no qual era compartilhado diversas informações sobre saúde e o próprio programa nos grupos do WhatsApp® e nas redes sociais, incluindo o site. Portanto, esses momentos e tentativas proporcionaram aprendizados aos participantes e comunidade acadêmica, além de reforçar o trabalho colaborativo e interprofissional.

Na possibilidade de aumentar o alcance às informações e na continuidade do diálogo com a comunidade de Nova Floresta-PB, o eixo que é integrado na UBS I e o NASF do Município, realizaram a criação de um grupo no WhatsApp® chamado “Saúde no Celular” com as mulheres/gestantes usuárias do serviço, por serem o maior número assistido e que possui mais acessibilidade às redes sociais, o grupo construído tem a finalidade de realizar compartilhamento de produtos produzidos pelo GT para a comunidade, contudo, a ideia ainda está em processo de aceitação pela população feminina, mas, já foram realizadas discussões de higienização dos

alimentos, roupas e mãos no período de COVID-19 e dicas de aromatização do ambiente. O grupo fica aberto para perguntas, dúvidas e conversas relacionadas à saúde, os estudantes realizam a produção do conteúdo audiovisual e a publicação, após, aguardam e cativam a interação da comunidade, mas, por ser uma adaptação da assistência do programa, o processo requer tempo e paciência, para que todos se sintam à vontade em compartilhar suas inseguranças. A proposta é que esse grupo permita a aproximação virtual com os usuários de saúde do Município no período de isolamento social.

Site do Projeto

O site oficial do projeto, intitulado Portal PET-Saúde Interprofissionalidade, foi desenvolvido por meio da ferramenta Joomla, que é um Content Management System (CMS), trata-se de um sistema de gerenciamento de conteúdo gratuito e open source, que possui código aberto, feito por muitas pessoas e distribuído sob uma licença que concede todos os direitos de uso, estudo, alteração e compartilhamento do software de forma modificada e/ou não modificada. (OpenSource.org, 2020). Esta ferramenta permite a construção de sites, como, blogs, portfólios digitais, lojas virtuais e até fóruns de discussão de maneira simplificada e rápida. (joomla.org, 2020).

Com o Joomla foi possível construir um ambiente integrador, para postagem de informes textuais, imagens, áudios, vídeos e hiperlinks para as mais diversas mídias do projeto, além de fornecer formulário para contato direto via e-mail para comunidade local, acadêmica e usuários do SUS. A identidade e credibilidade do projeto ganha força com um portal feito em Joomla por estar acessível a todos e ser seguro. O portal é responsivo, portanto, funciona em computadores, tablets ou celulares, utilizando o padrão do governo digital e-Gov, um template (modelo) desenvolvido pelo governo federal que garante que o site seja acessível por pessoas com deficiência visual e auditiva, com opções de alto contraste, letras grandes e libras. Possui total compatibilidade com as características de hospedagem dos servidores da UFCG, onde está acessível ao público sobre um subdomínio institucional. O Joomla, como ferramenta de portal institucional para o projeto, atende diretamente à demanda da criação de uma identidade para o projeto (Roloff & Oliveira, 2007).

No centro universitário da UFCG em Cuité, em parceria com a chefia do setor de Tecnologia e Informação e apoio da Direção do Centro de Educação e Saúde, o projeto PET-Saúde pretendeu o desenvolvimento e manutenção de um site próprio. A ideia inicial foi de objetivar um ambiente próprio aos integrantes, visando acesso a conteúdo para uma formação de forma remota e complementar para direcionar material de estudos específicos. O site teve duas versões, a primeira para atender essa proposta inicial. Além de divulgar imagens e vídeos de ações realizadas para divulgação a comunidade.

Após a suspensão das atividades acadêmicas, o técnico de tecnologia da

informação (TI) desenvolveu uma reestilização do site para atender às novas características do projeto. Desta forma, o ambiente do site, passou a manter a divulgação e registro histórico do projeto, com caracterização, objetivos, metas, trabalhos desenvolvidos pelos grupos, divulgação de avisos aos integrantes e a toda comunidade, área de biblioteca com acervo da área de saúde coletiva e pública, e uma específica com produções do tema interprofissionalidade. Foi incluído acesso e visualização de conteúdo das outras plataformas e redes sociais do projeto, área de depoimentos dos integrantes e a administração passou a ser cogestão entre o setor de TI e a coordenação do projeto para maior agilidade na publicação dos conteúdos. Isso gerou a diminuição do número de etapas da produção até a publicação do conteúdo entre integrantes do projeto. O site está inserido na página institucional do centro universitário garantindo a possibilidade de maior acesso e divulgação da comunidade acadêmica e de outras instituições ao projeto e aos trabalhos desenvolvidos, conforme Figura 3.



Figura 3. Layout da página do site oficial do projeto PET-Saúde Interprofissionalidade, realizado em Cuité e Nova Floresta, Paraíba, 2020. Outubro de 2020. Disponível em: <http://www.petsaude.ces.ufcg.edu.br/portal/>

Youtube

O Canal do projeto se chama “PET- Saúde Cuité e Nova Floresta” e está com atividades desde novembro de 2020. Optou-se pelo Youtube por ser uma plataforma de vídeos e de realização de comunicações e eventos online. Seu uso e o desenvolvimento de conteúdo intensificaram-se partir de abril de 2020. Esta ferramenta passou a estar vinculada ao site do projeto em 2020 e novas estratégias de divulgação foram criadas, como: a inscrição em outros canais, uso de descritores padronizados, divulgação do Canal em reuniões com profissionais e incentivo ao uso do conteúdo pelas gestões estadual e municipal como EPS e adoção de vídeos para além do projeto PET-Saúde.

O Youtube é o primeiro site a utilizar a compressão dos vídeos para o formato FLV, ou Flash Vídeo, reduzindo o tamanho do arquivo e potencializando a velocidade de transmissão dos dados, como pela sua interatividade, com uma interface simples, além dos mecanismos de resposta propostos pelo site que permitem a submissão de comentários, inscrições, receber notificações e a resposta aos vídeos já publicados. Essa comunicação entre os usuários do site incentiva troca de informações e estimula a interatividade com o objetivo de desenvolver o sentimento de comunidade (Serrano, 2009).

O conteúdo próprio do projeto conta com diversidade de temas e de possibilidades dos conteúdos audiovisuais, podendo ser visualizado na Figura 04. Por ser uma rede tão abrangente, sendo uma das mais utilizadas no mundo é que o Youtube foi escolhido como forma de elaborar encontros virtuais por meio de lives entre os PETS, tanto para manter uma integralidade sobre aquilo que estava sendo construído, como também para tratar de assuntos pertinentes ao contexto de saúde no qual estamos inseridos, tratando de temas como a educação em saúde no contexto da pandemia da Covid 19, processos de trabalho, interprofissionalidade e saúde do trabalhador, obesidade e a gordofobia, questões para formação e prática. Além de alguns vídeos em forma de tutorial como por exemplo o atendimento psicológico online aos estudantes, professores e técnicos do Centro de Educação e Saúde; vídeo instrucional sobre como fazer uma horta em casa; além de dicas para lidar com ansiedade e sono na pandemia; e de saúde e bem-estar; autocuidado; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.



Figura 4. Layout do Canal do Youtube “PET- Saúde Cuité e Nova Floresta”, área principal e playlists. Em outubro de 2020. Disponível em: <https://www.Youtube.com/channel/UCK0V3Yy572hiP54udf1fnDA>

O conteúdo até outubro de 2020 contava com cinco pastas de playlists: Lives InterPETS- Rodas de conversa online (conta com 25 vídeos de temas diversos ligados

aos projetos e realizados em parceria com o PET-Saúde do Campus de Campina Grande e Cuité da Universidade Federal de Campina Grande, Universidade Estadual da Paraíba e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, os conteúdos contam com todos os segmentos envolvidos nos projetos e convidados); Referências para discussão (10 vídeos de lives e conversas online em eventos com integrantes do PET e convidados que tem a ver com temas da saúde coletiva); Podcast em vídeo (09 vídeos em que os episódios de Podcast do projeto foram transformados em vídeo a fim de avaliar o alcance e distribuições dos episódios para um público que não utilizava as plataformas de distribuição do Podcast); Vigilância em Saúde (08 vídeos que foram adicionados ao conteúdo produzidos por outros canais e foram identificados como conteúdo de EPS aos trabalhadores); e a pasta PET-Saúde – Conteúdos próprios ligados a descrição das atividades desenvolvidas no primeiro ano por grupo tutorial, de temas específicos de saúde da população e de formação. As estatísticas até outubro de 2020 do canal “PET- Saúde Cuité e Nova Floresta” conta com mais de 2500 visualizações, com 250 horas e mais de 12 mil impressões (quantas vezes os vídeos são exibidos na plataforma, ou seja, é o alcance potencial do conteúdo) (Youtube, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da prática clínica e do cuidado ao paciente, as TIC tem pouca e uma insipiente produção e incorporação na atenção primária (Santos et al., 2017). No âmbito da clínica, mesmo com benefícios potenciais, a qualidade da interface com os usuários, usabilidade, funcionalidade dos recursos, qualidade dos dados e integração com sistemas externos são desafios aos profissionais e aos serviços de saúde. Existe certa dificuldade a incorporação de práticas como essas relatadas na atenção primária, o que torna a repercussão na qualidade do cuidado de difícil mensuração e acompanhamento, haja vista que existe um conjunto multivariado e complexo de fatores que interferem quando se fala sobre TIC na saúde (Santos et al., 2017).

Este trabalho perfaz um relato de um esforço e percurso por meio do trabalho colaborativo e práticas que visam à aprendizagem e divulgação de informação, do que a qualificação de atendimentos clínicos. Desse modo, as TIC relatadas possibilitaram a organização de um processo de trabalho e atuação para o PET-Saúde Interprofissionalidade. Possibilitou criar diversas alternativas de trabalho tendo em vista as plataformas disponibilizadas como recursos de continuidade de desempenho durante o período de isolamento social e pandemia que o mundo e o PET-Saúde Interprofissionalidade vivenciaram. Criou uma adaptação na performance dos integrantes e novas descobertas de habilidades e oportunidades de realização de atividades no âmbito virtual. Com a continuação do programa, é evidente que o trabalho colaborativo é possível mesmo de forma remota e não presencial, mas requer dedicação e diálogo entre os envolvidos, considerando

que todos estão em busca de um resultado comum, que nesse momento é continuar a contribuir juntamente com os serviços de saúde em prol da comunidade, atendendo suas limitações e acessibilidades.

As TIC facilitaram a divulgação de informações para a comunidade, trazendo conteúdos relevantes, científicos e de fácil compreensão e linguagem. Dessa forma, agregando também aos integrantes do projeto descobertas de habilidades ainda não trabalhadas, como também, contribuição nas relações interprofissionais, já que para se obter resultados com as TIC é necessária maior organização e diálogo de todos os segmentos pertencentes ao projeto. Porém, reconhecemos que o acesso à internet e a equipamentos não acontece a todos os integrantes, e principalmente nas populações acompanhadas. Mesmo assumindo que as mídias digitais tenham grande alcance, existe uma fragilidade na execução das atividades. Considerando o atual contexto de pandemia, as TICS surgiram como uma alternativa para experimentar e criar alternativas de continuidade da proposta de Educação Interprofissional em Saúde (EIP) pelo PET-Saúde Interprofissionalidade Cuité e Nova Floresta – PB. A manutenção e a produção de conteúdo para as mídias utilizadas pelo projeto foram de extrema importância para estimular e exercitar o trabalho colaborativo nos vários segmentos do PET-Saúde.

A maior facilidade da utilização das TIC para o projeto foi a possibilidade de manter a comunicação e a formação, ampliando a abrangência de públicos, tendo em vista que as mídias, quando podem ser acessadas, se tornam instrumentos de uso fácil e rápido. Consideramos que a comunidade acadêmica, as pessoas mais próximas aos serviços e as equipes dão um feedback positivo das TICS. Avaliasse como positivo a ampliação da divulgação acerca do projeto e de suas atividades durante o período de pandemia. O programa “Saúde no Interior da Paraíba” divulgado pela rádio talvez tenha o maior impacto, afinal criou-se um fluxo importante de conteúdo informativo dentro de diferentes temáticas chegando a um público que não foi avaliado, a grande abrangência e a frequência, são bons indicadores próprios da rádio. Como perfil de uso da rádio na região é alto, as TICS têm sido um ótimo mediador para a disseminação de informações pertinentes à saúde de um modo amplo.

Em contrapartida, várias dificuldades foram encontradas com a utilização das TICS no projeto, tais como a falta de experiência com essas metodologias; a dificuldade de acesso à internet por parte da população, sendo este, talvez, o maior problema; dificuldades para manter a interação direta com a população e demais membros do projeto, tendo em vista que as relações por vias digitais podem, em alguns momentos, dificultar a comunicação e as boas relações. No que concerne cada segmento dos participantes do projeto, identifica-se que a intensificação da utilização de computadores, celular e internet criaram um uso intensificado por professores tutores e estudantes, logo que todo o ambiente de aprendizagem também passou a ser virtual, com a execução de um calendário especial para a graduação; para os profissionais de saúde, as tecnologias e recursos, não são de

previsão da gestão pública, tornando-se um tempo/manejo a mais pelo projeto; as atividades do projeto por ocorrerem em horários também diferentes/concomitantes tornavam a participação do preceptor como uma carga horária a mais, ou uma atividade que não tinha amparo de execução dentro do serviço.

Conforme uma revisão sobre as essas tecnologias ligadas ao processo de EPS de profissionais, apontava-se para limites semelhantes aos vivenciados no PET-Saúde durante a pandemia no uso e acesso às TICS pelos profissionais de saúde e professores. Nessa revisão, uma limitação encontrada nos estudos foi a dificuldade de acesso às TIC por parte dos profissionais, principalmente, devido à sua falta de habilidade para operar essas tecnologias, assim como dos educadores mediadores desse processo de atuarem na readaptação dos educandos às novas formas de aprendizagem (Farias et al., 2017).

Existem particularidades no uso e desenvolvimento das TICS, seja no contexto do trabalho diário, quanto na saúde, como na educação. Isso torna-se um grande desafio a todos os envolvidos, sejam profissionais, estudantes e professores, em desenvolver as competências para interagir, produzir e compartilhar conteúdos em meio digital, para leitura, escrita e comunicação. Somado a este cenário, há dificuldades da população em geral em dominar as TIC criticamente e seu uso, permitindo julgar a confiabilidade e credibilidade das diferentes fontes de informação. Potencialidades e dificuldades são percebidas nessa experiência das TICS no Projeto o que perfaz uma experiência rica e complexa, na qual vivenciamos novas formas de perceber o trabalho e a formação em saúde.

REFERÊNCIAS

Anchor. (2020) *Programa Saúde no Interior da Paraíba. PET-Saúde Interprofissionalidade*. <https://anchor.fm/saudenointeriordaparaiba>

Caetana, R. et al. (2020) Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (5), e00088920.

Carlotto, I. N. & Dinis, M. A. P. (2018). Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na Promoção da Saúde: Considerações Bioéticas: Information and Communication Technologies (ICTs) in the health promotion: Bioethics considerations. *Saber & Educar*, 25(1), 1-10.

Cruz, D. I. et al. (2013) O uso das mídias digitais na educação em saúde. *Cadernos da FUCAMP*, 10(13).

Drew, C. (2017). Podcasts educacionais: uma análise de gênero. *E-Learning e Mídia Digital*, 14 (4), 201-211.

Farias, Q. L. T.; Rocha, S. P.; Cavalcante, A. S. P.; Diniz, J. L. & Neto, O. A. de P. (2017). Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. *RECIIS. Rev Eletron Comum Infor Inov Saúde*, 11(4): 1-11.

Fernandes, L. C. & Musse, C. F. (2017) *Podcasts e a Cultura Digital: Estratégias Para Contar Histórias em uma Narrativa Convergente*. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE (Intercom Sudeste), 22 (1), 1-14.

Freire, E. P. A. (2017) Podcast: breve história de uma nova tecnologia educacional. *Educação em Revista*, 18(2), 55-70.

Hannah, K. J., Ball, J.M. & Edwards, M. J. A. (2009) *Introdução à informática em enfermagem*. [3a ed.] Artmed.

Instagram (2020) *Petsaudecuitepb. PET-Saúde Interpro-CES-UFCG*. [online] <https://www.instagram.com/petsaudecuitepb/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Cidades. 2010*. [online] <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb#>.

Joomla.org. About Joomla!. (2020). [online] <https://www.joomla.org/about-joomla.html>.

Junior, A. B. (2017) *Podcast: possibilidades de uso nas emissoras de rádio noticiosas*. Comunicação apresentada, n. 40º.

Martines, R. S. et al. (2018) *O uso das TICs como recurso pedagógico em sala de aula*. CIET: EnPED.

Oliveira, C. & Moura, S. P. (2015) TIC's na educação: a utilização das tecnologias da informação e comunicação na aprendizagem do aluno. *Pedagogia em ação - PUCMinas*, 7(1), 76.

Open Source Initiative (2020). *To promote and protect open source software and communities* [online]. <https://opensource.org/>.

Paulino, D. B. et al. (2018) WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Contextualizando Teoria e Prática em um Novo Cenário de Ensino-Aprendizagem. *Rev. bras. educ. med.*, 42(1), 171-180.

Pereira, D. M. & Silva, G. S. (2010) As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como aliadas para o desenvolvimento. *Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas*, 10(1), 151-174.

Pinochet, L. H. C. (2011) Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. *O Mundo da Saúde*; 35(4), 382-394.

Prado, M. L. (2012) Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde. & Transformação Social*; 3(2):113-28.

Prybutok, G. & Ryan, S. (2015) Social media: The Key to Health Information Access for 18 - to 30 - Year - Old College Students. *CIN: Computers Informatics Nursing*, 33(4), 132 - 141.

Rádio 89 FM. (2020) *Emissora do Grupo Batinga Chaves. Radio difusão 89 FM.* www.89fmcuite.com.br.

Santos, A. F. et al. (2017) Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 33 (5).

Serrano, P. (2009) Cognição e interacionalidade através do Youtube. *BOCC. Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*, 1, 4-29.

Silva, Á. C. C. S. (2019) *A utilização de novas mídias digitais como fonte de informação: um estudo exploratório sobre Podcasts.* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande].

Soares, A. B.; Miranda, P. V. & Smaniotto, C. B. (2018) Potencial pedagógico do Podcast no ensino superior. *Redin-Revista Educacional Interdisciplinar*, 7(1).

Youtube. (2020) *Canal do Youtube PET-Saúde Cuité e Nova Floresta.* <https://www.youtube.com/channel/UCK0V3Yy572hiP54udf1fnDA/>



REALIZAÇÃO:

**PROGRAMA PET-SAÚDE
INTERPROFISSIONALIDADE**

Universidade Federal de Campina Grande
4 Gerência Estadual de Saúde
Secretarias de Saúde de
Cuité e Nova Floresta



PARCEIROS:



APOIO:



PET-Saúde
Programa de Educação
pelo Trabalho para a Saúde

INSECTA
Editora

ISBN 978-65-00-18156-2 (e-book)
ISBN 978-65-00-18933-9 (impresso)