

GWETO

ISSN 2319-0752

REVISTA ACADÊMICA

12ª EDIÇÃO
MAI / JUN 2018

EDIÇÃO ESPECIAL

Simpósio Nacional **DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE:** FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM FOCO

Metodologias ativas e educação permanente na formação de preceptores para o sistema único de saúde

Experiência da residência multiprofissional regionalizada como educação profissional em saúde

Prevalência e fatores associados a transtornos mentais comuns em docentes brasileiros: uma revisão sistemática

Reflexões sobre a formação no mundo empírico da produção do cuidado



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DE AMARGOSA -
CFP/UFRB

Bibliotecário: André Montenegro – CRB-5ª / 1515

R454r

Revista Acadêmica GUETO / Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Formação de Professores – Vol. 1, n.1 (2014) - . Amargosa, Bahia: UFRB - CFP, 2014 - . v.; il.

Semestral

Disponível em <http://www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/>
e-ISSN – 2319-0752

1. Educação - Periódicos. 2. Inclusão social - Periódicos. 3. Cultura corporal – Periódicos. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II. Centro de Formação de Professores III. Título.

CDD – 370

GUETO

revista acadêmica

A Revista Acadêmica GUETO tem periodicidade semestral e é uma iniciativa do Grupo de Pesquisa GUETO do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia | UFRB, e é investida do compromisso de publicar artigos, ensaios, debates, entrevistas, resenhas, imagens e vídeos inéditos, em qualquer idioma, sobre temas que contribuam para o desenvolvimento do debate educacional, bem como para a divulgação do conhecimento produzido na área, considerando as perspectivas da Inclusão e Cultura Corporal.

The Academic Journal GUETO has six months, and is an initiative of the Ghetto Research Group of the Teacher Training Center of the Federal University of Bahia Recôncavo | UFRB, and is invested with the obligation to articles, essays, debates, interviews, reviews, pictures and unpublished videos, in any language, on topics that contribute to the development of the educational debate as well as for the dissemination of knowledge produced in the area, considering the prospects of inclusion and Body Culture.

v.5 n.12 maio/jun. 2018 ISSN: 2319-0752

www.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia | UFRB

Reitor: Prof. Dr. Silvio Luiz de Oliveira Soglia

Centro de Formação de Professores | CFP

Diretor: Prof. Dr. Clarivaldo Santos de Sousa

Grupo de Pesquisa GUETO

Coordenador: Jean Adriano Barros da Silva

Editor Chefe

Jean Adriano Barros da Silva
(CFP/UFRB)

Gestor Executivo

Carolina Gusmão Magalhães
(CCS/UFRB)
revistagueto@gmail.com

Revisão da Língua Portuguesa
e Normalização

Comissão científica SINESA 2018
(CCS/UFRB)

Gestão da Comunicação

Kelly Adriano Barros da Silva
(UNEB)

Diagramação e Design

Carolina Gusmão Magalhães
(CFP/UFRB)

Foto de Capa

Kelly Adriano B. da Silva
(UNEB)



Conselho editorial e consultivo

Anália de Jesus Moreira, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Emanoel Luís Roque Soares, Dr.
(CFP-UFRB)

Iolanda Oliveira de Carvalho, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Susana Couto Pimentel, Dr^a.
(CFP-UFRB)

Sílvia Maria Leite de Almeida, Dr^a.
(UNEB)

Fernando Reis Espírito Santo, Dr.
(FACED-UFBA)

Rita de Cassia Dias P. Alves, Dr^a.
(UFRB)

Jean Adriano Barros da Silva, Dr..
(CFP-UFRB)

Comitê Editorial

Jean Adriano Barros da Silva,
Dr.. (CFP-UFRB)

Anália de Jesus Moreira,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Emanoel Luís Roque Soares,
Dr. (UFRB)

Iolanda Oliveira de Carvalho,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Susana Couto Pimentel,
Dr^a. (CFP-UFRB)

Sílvia Maria Leite de Almeida,
Dr^a. (UNEB)

Fernando Reis Espírito Santo,
Dr. (FACED-UFBA)

Rita de Cassia Dias P. Alves,
Dr^a. (UFRB)

Maria Fernanda dos Santos Martins,
Dr^a. (UMINHO)

Custódia Martins,
Dr^a. (UMINHO)

Carolina Gusmão Magalhães
M^a, (UFRB)

Endereço

Av. Nestor de Melo Pita, n. 535 – Centro, Amargosa, Bahia,
Brasil **E-mail:** jeanadriano@ufrb.edu.br
revistagueto@gmail.com

Website: [//www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/](http://www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/)

Fone: + 55 75 3634-3042



Comissão Científica SINESA 2018

Ana Maria Freire de Lima Almeida, M^a.,
(CCS-UFRB)
Helena Moraes Cortes, Dr^a..
(CCS-UFRB)
Ohana Cunha do Nascimento, M^a.,
(UEFS)
Bianka Sousa Martins Silva, M^a.,
(FAT)
Luciana Carneiro de Oliveira, M^a.,
(UEFS)
Diana Anunciação Santos, M^a.,
(CCS-UFRB)
Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, M^a.,
(CCS-UFRB)
Magno Conceição das Mercês, M^a.,
(UNEB)
Marcus Fernando da Silva Praxedes Dr.,
(CCS-UFRB)
Neuranides Santana, Dr^a..
(UFBA)
Carine Oliveira dos Santos, Dr^a..
(CCS-UFRB)
Ramona Garcia Souza Dominguez, Dr^a.,
(CCS-UFRB)
Monneglesia Santana Lopes Cardoso, M^a.,
(CCS-UFRB)
Sílvia Karla Almeida dos Santos, M^a.,
(FAMAM)
Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima, M^a.,
(UFBA)
Claudia Feio da Maia Lima, Dr^a..
(CCS-UFRB)
Núbia Cristina Rocha Passos, Esp,
(FACEMP)
Camila Torres da Paz, M^a.,
(FAMAM)
Ionara Magalhães de Souza, M^a.,
(CCS-UFRB)



Sumário

10 **Editorial**

11 **Artigos**

12 **Metodologias ativas e educação permanente na formação de preceptores para o Sistema Único de Saúde**

Ionara Magalhães de Souza
Deise Santana de Jesus Barbosa
José Lucas Andrade Santos

25 **Parto humanizado e presença de acompanhantes na percepção de uma equipe multiprofissional**

Amália Nascimento do Sacramento Santos
Lenide Dyane de Jesus Araújo

40 **Educação em Saúde com motoristas de caminhões e o impacto na formação profissional**

Tatiana Almeida Couto
Josiane Moreira Germano
Flávia Rocha Brito
Sérgio Donha Yarid

52 **Educação em Saúde em pré-escolares e escolares como estratégia de prevenção à instalação de fatores de risco para o câncer de boca**

Lidiane de Jesus Lisboa
Marília de Matos Amorim
Ana Carla Barbosa de Oliveira
Alessandra Laís Pinho Valente Pires
Valéria Souza Freitas

65 **Entendimento de idosos com diabetes sobre a doença: implicações para as práticas educativas em saúde**

Andrea dos Santos Souza
Edméia Campos Meira
Isleide Santana Cardoso Santos
Nathielle Brasileiro de Souza Rocha
Caliana Beatriz de Aguiar Barbosa

79 **Projeto AmamentaÇÃO: um relato de experiência de um programa de extensão da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB**

Géssica Rodrigues da Silva
Mariana Matos de Almeida
Emanuelle Souza Oliveira Ferreira
Carolina Gusmão Magalhães

- 98** **Experiência da residência multiprofissional regionalizada como Educação Profissional em Saúde**
Rafael Magalhães de Melo
Thais Meireles Santana
Tássia Araújo do Nascimento França
Karinne Rebouças Mascarenhas Serra
Táilla Souza Santos
- 108** **Processo de apropriação da realidade: aprendizagem em ato**
Adailton Alves da COSTA FILHO
Daniel Oliveira Medina Da Silva
Danilo Conceição Dos Santos
Arisne Munique Da Silva Ramos
Luciana Alaíde Alves Santana
- 122** **O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e seus desafios metodológicos e epistêmicos: uma perspectiva sobre o Processo de apropriação da realidade V**
Ana Rita Rios de Almeida¹
Deives de Souza Muniz²
Jackson Luiz Rosa Andrade
Ramoní Alves Malta
Carlos Alberto Santos de Paulo
- 138** **Transformação na formação e nas práticas no âmbito da Atenção à Saúde: o caminho da aprendizagem significativa**
Tatiane Santos Couto de Almeida¹
Núbia Cristina Rocha Passos
Ismael Mendes Andrade
- 152** **Prevalência e fatores associados a transtornos mentais comuns em docentes brasileiros: uma revisão sistemática**
Taís Cordeiro Campos
Renata Meira Vêras
- 170** **A interculturalidade na formação: a experiência do Bacharelado interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**
Daniel Oliveira Medina da Silva
Douglas Apolônio dos Santos
Flávia Karine Pereira Nery
Adailton Alves da Costa Filho
Luciana Alaíde Alves Santana
- 187** **Reflexões sobre a formação no mundo empírico da produção do cuidado**
Maria Conceição Figueiras Ferraz Araújo¹
Ana Maria Dourado Fontes²
Nayara Mary A. T. Monteiro³
Soraya Dantas Santiago dos Anjos⁴
Vitória Solange Coelho Ferreira⁵
- 206** **Normas de submissão**

Editorial

O “Simpósio Nacional de Educação na Saúde: Formação e Educação Permanente em foco” foi um evento de extensão, fruto dos trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa GUETO, Projeto de Pesquisa Formação Docente na área de Saúde: implicações no campo do magistério superior (CCS/UFRB) e do Programa de Extensão Saúde no Ar: educação e comunicação no Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), que propôs atividades vinculadas ao estudo da Educação na Saúde e suas interfaces com a Formação e a Educação permanente em Saúde, entre os dias 07 e 09 de junho de 2018, no IFBA/SAJ e CCS/UFRB.

Este tema, fruto das inquietações junto a pesquisa científica, sugestionou um aprofundamento dos estudos, reconhecendo os desafios na ensino superior de profissionais de saúde, isso a partir da reflexão sobre experiências exitosas no trato com a Formação superior, Formação docente na saúde, Educação permanente em Saúde, dentre outras, para o avanço das relações estabelecidas entre o docência, a pesquisa, o serviço e a gestão.

O evento promoveu a ampliação do diálogo com pesquisadores da área e a possibilidade de vivenciar discussões que contemplaram o tema, garantindo, a partir daí, a sistematização e difusão dos dados da realidade.

A Revista Acadêmica GUETO, preocupada com a difusão dos conhecimentos discutidos no Simpósio, resolveu produzir uma edição especial chamada *Simpósio Nacional de Educação na Saúde*, para que mais pesquisadores, docentes, estudantes, gestores e profissionais de saúde possam acessar experiências e novas compreensões teóricas importantes ao *fazer saúde*.

Acreditamos que a publicação de tais estudos, possa produzir efeitos desejados e apoiar a transformação de práticas, processos ou produtos na área da saúde e no contexto do Sistema Único de Saúde.

Convido-os a encantar-se com tantas estudos que respeitam a Educação como área fundamental na construção da Saúde que queremos construir!

Carolina Gusmão Magalhães
Grupo de Pesquisa GUETO

Artigos

METODOLOGIAS ATIVAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ionara Magalhães de Souza¹

Deise Santana de Jesus Barbosa²

José Lucas Andrade Santos³

RESUMO

Historicamente, a formação de recursos humanos para o SUS esteve alicerçada em modelos conservadores de ensino-aprendizagem. A inserção de metodologias ativas no campo da formação em saúde representa uma aposta pedagógica que visa promover o desenvolvimento de competências cognitivas, atitudinais e psicomotoras. As metodologias ativas fundamentam-se na problematização, no estímulo à apropriação e mediação dos signos culturais, no incentivo à autonomia como disparadores de aprendizagem; preconiza a valorização da interdisciplinaridade, a construção de ambientes afetivos, plurais e dialógicos, a postura ética, a valorização do trabalho em equipe, o compromisso com a formação e produção do conhecimento. Sob a perspectiva da educação permanente, a inserção das metodologias ativas no exercício da preceptoria representa uma quebra das estruturas da relação de poder entre sujeitos, promovendo deslocamentos e enfrentamentos e o sentimento de responsabilidade compartilhada no processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, esse trabalho compreende uma síntese reflexiva sobre o processo ensino-aprendizagem alicerçado em Metodologias Ativas e educação permanente no exercício da preceptoria no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Educação em saúde; Sistema Único de Saúde; Preceptoria.

ABSTRACT

Historically, the training of human resources for the SUS was based on conservative teaching-learning models. The insertion of active methodologies in the field of health education represents a pedagogical goal that aims to promote the development of cognitive, attitudinal and psychomotor skills. The active methodologies are based on the problematization, on the stimulus to the appropriation and mediation of the cultural signs, on the incentive to the autonomy like learning triggers; advocates the valorization of interdisciplinarity, the construction of affective, plural and dialogic environments, ethical posture, the valorization of teamwork, commitment to the formation and production of knowledge. From the perspective of permanent

¹ Mestra em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: ionaramagalhaes@ufrb.edu.br

² Mestra em Saúde Coletiva. E-mail: deisesjb@ig.com.br

³ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: lucasandrad@hotmail.com.

education, the insertion of active methodologies in the exercise of preceptory represents a breakdown of the structures of the power relationship between subjects, promoting displacements and confrontations and the shared sense of responsibility in the teaching-learning process. Thus, this work includes a reflexive synthesis on the teaching-learning process based on Active Methodologies and permanent education in the exercise of preceptory within the scope of the Single Health System (SUS).

Keywords: Health education; Health Unic System;Preceptorship

1 INTRODUÇÃO

A formação em saúde no Brasil representa o grande desafio e potencialidade para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, importa repensar as concepções pedagógicas, a estrutura educacional, as identidades profissionais, contextualizar os cenários, a integração ensino-serviço-comunidade, o trabalho em rede e interdisciplinar, investir em educação permanente em saúde e na formação para o trabalho atrelada às necessidades sociais.

Nesse contexto, as metodologias ativas representam uma aposta educacional, cujas tecnologias visam promover o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva,

proatividade dos educandos, aprendizagem com significado, desenvolvimento do raciocínio, da colaboração e cooperação entre participantes e da capacidade de intervenção e transformação da realidade (LIMA, 2017). Nessa direção, a educação permanente em saúde pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que possibilitem a transformação do processo de trabalho, objetivando resultados mais efetivos e eficazes (VASCONCELOS ET AL., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação de recursos humanos para o SUS perpassa pela valorização do exercício da preceptoria e da identidade do preceptor. Nessa direção, preconizam-se estratégias didático-pedagógicas que valorizem o desenvolvimento de competências direcionadas à formação em saúde (PETTA et al, 2015). Desse modo, esse trabalho propõe refletir sobre processo ensino-aprendizagem alicerçado em Metodologias Ativas e educação permanente no exercício da preceptoria no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

2 MOVIMENTOS DE APRENDIZAGEM

Muitos princípios permeiam o processo ensino-aprendizagem. Para Vygotsky (2003), o processo ensino-aprendizagem ocorre por meio da apropriação, mediação dos signos culturais e relações que as pessoas estabelecem em processos de interação no contexto cultural e histórico. Assim, as iniciativas educacionais primaram pela mudança paradigmática da reprodução, transmissão de conhecimento, repetição e memorização. Nas ações devem estar circunscritas a postura ética, o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, a valorização do trabalho em equipe, a excelência clínica, o compromisso com a formação e produção do conhecimento.

A adoção de modelos contra-hegemônicos para a formação em saúde possibilita a reorganização de práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado na garantia de acesso, continuidade e qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica. Essas iniciativas representam uma reestruturação histórica educacional, uma ruptura ao sistema reprodutivista, superação do tecnicismo e da compartimentalização do conhecimento.

Nesse contexto, destaca-se o desafio paradigmático da inserção das metodologias ativas. A adoção de Metodologias Ativas no processo de formação em saúde configura um grande desafio contemporâneo. Desse modo, representa quebras nas estruturas da relação de poder entre sujeitos (educador – educando), promove deslocamentos e enfrentamentos, revisão de protagonismos entre os sujeitos históricos e responsabilidade compartilhada no processo de ensino-aprendizagem. Com efeito, uma formação voltada para a transformação do sujeito e das práticas alicerçadas na tônica ação-reflexão-ação.

Metodologicamente, a associação de estratégias didático-pedagógicas com a finalidade de potencializar a construção do saber torna-se deveras interessantes. Nesse sentido, didaticamente, destacam-se: a Metodologia da Problematização, a espiral de Situação-Problema (SP), a Aprendizagem Baseada em Equipe / team based learning (TBL), a plenária, o compartilhamento de novas sínteses; as Oficinas de trabalho, os Sociodramas, a espiral da Narrativa de Prática (NP), as Viagens Educacionais (VE), a elaboração do Portfólio, a construção coletiva do Projeto Aplicativo (PA), a Aprendizagem autodirigida (AAD).

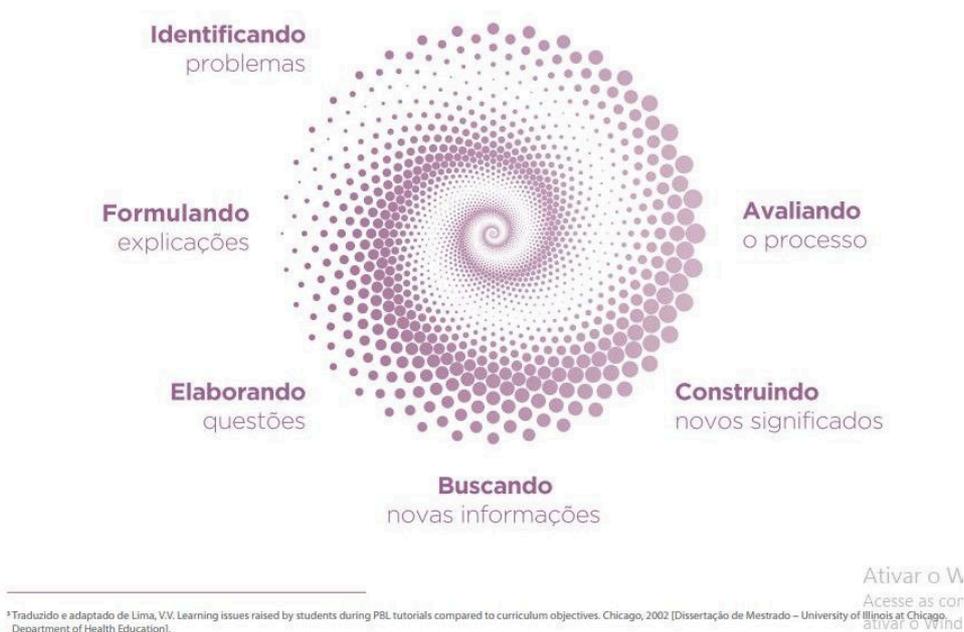
A produção do conhecimento nas metodologias ativas tem como cerne a problematização e a centralidade do educando no processo de ensino-aprendizagem. Para (Dewey, 1970) os desafios educacionais configurados em problemas correspondem a representações do modo como as pessoas os vivenciam, experimentam, enfrentam e, naturalmente, aprendem. Dessa forma, o processo educacional, efetivamente, consolida-se no âmbito das experiências, dos desafios impostos que possibilitam desenvolver a capacidade crítica e reflexiva.

Ausubel (1980) destaca a importância da aprendizagem significativa e salienta o lugar dos saberes prévios e da problematização para a consolidação de novos saberes. A possibilidade de formação em saúde a partir de situações reais da prática profissional, contextualização e integração teoria-prática é mais significativa. O ato de problematizar conforme a lógica freiriana recebe a conotação da práxis (a prática reflexiva), ação- reflexão-ação, na qual o sujeito busca soluções para os problemas de seu contexto e age para transformar a realidade ao tempo em que, dialeticamente, é transformado (Freire, 2006). A proposta freiriana está alicerçada em educação problematizadora, orientada para a realidade, centrada na leitura de mundo, nas vivências, no diálogo, na reflexão e transformação do mundo lido.

Nessa direção, diante do problema enquanto questão disparadora possibilita-se a reflexão, estabelecer relações, ressignificações, solucionar impasses, tomar decisões, resolver problemas, desenvolver competências (Cyrino, 2004). Para Perrenoud (1999), competência é a “capacidade de mobilizar e integrar o conjunto de conhecimentos especializados e saberes, recursos e habilidades para a resolução de problemas num contexto profissional determinado” (p.30).

Assim, o processo ensino-aprendizagem deve estar fundamentado nas teorias interacionistas da educação; na metodologia científica; na aprendizagem significativa; na integração teoria-prática; e na dialogia - abordagem construtivista, inspirada nos movimentos da espiral construtivista, nos quais tem-se os disparadores que simulam ou retratam problemas da realidade, evidenciam os saberes prévios e as necessidades de aprendizagem.

Figura 1. Espiral construtivista do processo ensino-aprendizagem a partir da exploração de um disparador



A representação simbólica do processo ensino-aprendizagem no formato de uma espiral intenciona traduzir, sistematicamente, as diferentes etapas educacionais da produção do conhecimento. Desse modo, o processo ensino-aprendizagem é compreendido como a articulação entre esses movimentos e sua retroalimentação (PETTA et al, 2015).

2.1 METODOLOGIAS ATIVAS – UMA REVOLUÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

As transformações do mundo contemporâneo tem suscitado a urgência em rediscutir os processos de formação para o trabalho em saúde. Nessa perspectiva, impõe-se considerar a velocidade das transformações sociais, a produção do conhecimento e a provisoriedade do saber-fazer científico (Prigogine, 1996); os valores da formação profissional (Schramm, 2002); a influência dos meios de comunicação na construção do homem contemporâneo (Baudrillard, 1981); a nova

configuração espaço- tempo social, as sociedades de controle e a postura crítica do sujeito no mundo (DELEUZE, 1991).

Historicamente, a Pedagogia da transmissão somada ao enfoque biologicista tem produzido, no âmbito da saúde uma formação tecnicista, compartimentalizada, medicalizante, procedimento-centrada. A supressão das dimensões social e subjetiva dos fenômenos atrelada a uma formação conteudista tem reforçado a iminência do uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A ruptura com o paradigma hegemônico (biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado) prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e Diretrizes Curriculares Nacionais tem sido adotada por instituições formadoras e representa na contemporaneidade os novos desafios para a mobilização do setor da saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

O grande desafio do século consiste em desenvolver a autonomia individual atrelada ao senso de coletividade, a construção de redes; promover uma educação edificada na totalidade — de interdependência e de transdisciplinaridade, fundamentada em metodologias inovadoras que preconizam a formação do homem como um ser histórico, ético, crítico, reflexivo e transformador, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al, 2008). Nessa perspectiva, as abordagens pedagógicas progressivas preconizam a formação de profissionais como sujeitos sociais críticos, dotados de conhecimento, sensibilidade, responsabilidade, com competências éticas, políticas e técnicas para intervir em contextos adversos e complexos.

Nesse sentido, as metodologias ativas correspondem a uma aposta, cujas concepções pedagógicas apresentam intencionalidades sociopolíticas e perspectivas teórico-filosóficas bem definidas (AUEWARAKUL, 2005). A utilização de metodologias ativas no processo de educação formal no Brasil pode ser reconhecida a partir do movimento escolanovista que representou uma renovação metodológica pedagógica face ao sistema educacional tradicional (SALVADOR, 2000). De modo geral, são consideradas tecnologias que visam proporcionar a proatividade do discente, a criatividade, a curiosidade científica, o espírito crítico-reflexivo, a ética, a

sensibilidade, a cooperação, o senso de responsabilidade e a capacidade para auto-avaliação.

As metodologias ativas estão sedimentadas na autonomia, cujo processo de formação pressupõe o autogoverno e autogerenciamento do discente (Mitre et al, 2008). Nesse processo, importa reconhecer a autonomia do discente (Costa, 2004). Esse reconhecimento se efetiva mediante princípios como a humildade, a amorosidade e a compaixão compreendida como acolhimento radical ao outro e ao processo ensino- aprendizagem (CAPONI, 2000).

As metodologias ativas requerem objetivos claramente definidos, abordagem problematizadora e avaliação orientada por competências. A competência é compreendida como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para a resolução de problemas em diferentes contextos e inclui a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras (PETTA et al, 2015). Desse modo, importa salientar que nem toda prática educacional inovadora configura metodologia ativa, haja vista que práticas supostamente inovadoras podem ser essencialmente conservadoras.

Com efeito, não se produz conhecimento sem o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, da aproximação metódica com o objeto; não se produz conhecimento sem o desenvolvimento da capacidade crítica para a observação, o confronto, o questionamento e o re-conhecimento do objeto pelo sujeito (FREIRE, 2006). O aprendizado consiste num processo reconstrutivo, relacional e ressignificante (DEMO, 2004).

2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A PRECEPTORIA NO SUS

A educação em saúde corresponde à tentativa de reestruturação dos serviços diante das novas demandas do modelo, implica inovação na gestão com formação e gerenciamento permanente (LEMOS, 2016). No contexto dos serviços de saúde surge como proposta norteadora de processos educativos para a qualificação das práticas de saúde do SUS e reconhecimento dos saberes construídos entre sujeitos (GONÇALVES, 2008).

A Política Nacional de Educação em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, desvela a capacidade pedagógica e utilização do conceito de Educação Permanente

em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, um contínuo de ações resultantes da interação dos atores envolvidos visando o trabalho vivo, as rodas de gestão, e os referenciais de problematização como elementos para o gerenciamento permanente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Portanto, a educação permanente em saúde pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, situações reais como disparadoras da realidade em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes (VASCONCELOS et al., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Vieira et al., a PNEPS apresenta a fragilidade de não estabelecer a relação entre infraestrutura e superestrutura como uma totalidade, desconsiderando o impacto da base material na construção da subjetividade do trabalhador e na relação que o trabalhador estabelece com o usuário. Desse modo, importa salientar nessas formações as condições de trabalho, a lógica do capital, a alienação, o produtivismo, a desumanização, a expropriação simbólica e material de todas as relações (LEMOS, 2016).

Davini (2009) destaca alguns aspectos relacionados à educação e saúde, entre eles, a simplificação; o reducionismo da educação permanente ao uso de métodos e técnicas pedagógicas; a visão instrumental da educação, pensada apenas enquanto objetivo pontual e não como parte processual e substancial da mudança institucional; a pouca compreensão da complexidade dos problemas que fogem ao escopo da educação em saúde; as ações programáticas e sem sustentabilidade estratégica (BRASIL, 2007).

Restringir a educação permanente em saúde ao uso de uma metodologia problematizadora constitui um equívoco. Com efeito, a educação permanente em saúde não se restringe aos aspectos metodológicos que, incontestavelmente, revolucionam, produzem rupturas, e deve superar a valorização pragmática do saber aplicável aos serviços (LEMOS, 2016)

A educação permanente em saúde deve promover a compreensão do processo de trabalho, a transformação do trabalho no SUS e suas particularidades (LEMOS, 2006). Os trabalhadores são sujeitos de conhecimento e de cultura e os processos de

trabalho são permeados por contradições que se efetivam no campo da educação e trabalho e impõe desafios práticos e epistemológicos à formação de trabalhadores, à sua condição de sujeito e produtor de relações históricas (RAMOS, 2006). Além de fundamentar as ações do sujeito/trabalhador, faz-se necessário considerar as condições estruturais que impactam na qualidade do SUS. Implica, ainda, ressignificar o conceito de trabalho enquanto espaço político e ideológico (DAVINI, 2009).

Críticos discriminam educação permanente de educação continuada, e consideram que nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Nessa direção, a educação continuada representa uma persistência do modelo disciplinar, técnico, descontínuo, descontextualizado, centralizado em determinadas categorias profissionais, na atualização de conhecimentos. Preconiza-se a construção de um saber que contribua para gestão do trabalho, colabore para a resolutividade dos serviços e tenha sustentabilidade ao longo do tempo (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, inciso III, destaca que o Sistema Único de Saúde – SUS tem como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Logo, o investimento na formação de preceptores e em tecnologias educacionais inovadoras e permanentes representam um dispositivo imprescindível para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A construção da identidade do preceptor e o exercício da prática da preceptoria na contemporaneidade perpassam por um novo perfil de competência que deve orientar a organização das práticas voltadas à integralidade do cuidado por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica; promover a articulação ensino-trabalho- comunidade; ter responsabilidade, tolerância e compromisso com o processo educativo e transformação da realidade; facilitar processos de aprendizagem promovendo o pensamento crítico e reflexivo do educando (PETTA et al, 2015).

A principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Portanto, entre as suas características marcantes devem estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos clínicos. Nesse sentido, o preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica ou com os aspectos de ensino- aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho

(BOTI, REGO, 2008).

Boti et al (2008) numa discussão conceitual sobre o uso dos termos preceptor, supervisor, tutor e mentor, destaca que, ressalvadas as peculiaridades de cada uma das funções é possível desempenhar seus papéis simultaneamente ou em momentos diferentes. Ao exercício da preceptoria compete compreender a complexidade do sistema educacional e sua função no processo de ensino aprendizagem e transformação da realidade.

O preceptor, tutor, facilitador da aprendizagem deve desenvolver novas competências, possibilitar ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem e constantemente indagar-se sobre o modo, as razões e o tempo da aprendizagem; as experiências, sentimentos desencadeados e as consequências do processo de ensino aprendizagem sobre a vida (BORDENAVE, 2005).

De acordo com Demo (2004), o professor ou educador, precisa cuidar da formação crítica e criativa do educando e da humanização na educação; deve ser um pesquisador, um reconstrutor do conhecimento. Freire (1999) repudia a prática anti-humanista do *educador pragmático neoliberal*, tipificado como *treinador, exercitador de destreza e transferidor de saberes* e defende que o *educador formador* deve desenvolver uma prática educacional viva, alegre, empática, afetiva, com domínio técnico e científico, e, sobretudo, revolucionária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de metodologias ativas no exercício da preceptoria no SUS possibilita repensar a formação em saúde e a dinâmica do processo ensino-aprendizagem, com vistas à desconstrução da fragmentação do cuidado e do saber e da verticalização da gestão da clínica. A formação em saúde deve contemplar discussões como o processo de aprendizagem significativa, a atuação do preceptor (a) numa abordagem construtivista de educação, assim como, a importância da educação permanente para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

O aprendizado amplia caminhos e possibilidades. Nesse sentido, as metodologias ativas tendem a valorizar o saber individual e coletivo, o estímulo à criatividade, à autonomia e a liberdade de expressão. As metodologias ativas

incorporadas sob a ótica da educação permanente promovem ressignificação de saberes, avaliação e reavaliação das práticas. Tratam-se de processos agregadores, nos quais, é possível construir relações dialógicas, horizontalizadas, desenvolver a criatividade, curiosidade científica, espírito crítico-reflexivo, a cooperação, a capacidade para auto-avaliação, a ética, a solidariedade, a sensibilidade e o senso de responsabilidade compartilhada com sustentabilidade das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL D, NOVAK JD, HANESIAN H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

AUEWARAKUL C, DOWNING SM, JATURATAMRONG U, PRADITSUWAN R. Sources of validity evidence for an internal medicine student evaluation system: an evaluative study of assessment methods. **Med Educ**. vol.39, n.3, p 276-283, Març 2005.

BAUDRILLARD J. **A Sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70; 1981.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. bras. educ. med**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363- 373, Sept. 2008 .

BORDENAVE J, PEREIRA A. **A estratégia de ensino aprendizagem**. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União** 1988.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Oct. 2004.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 780-788, June 2004 .

DAVINI MC. **Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente na saúde.** [S.l.]: OPS/PWR, 1989.

DELEUZE G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle.** In: Deleuze G. Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

DEWEY J. **Liberalismo, liberdade e cultura.** São Paulo: Nacional; 1970.

DEMO P. **Professor do futuro e reconstrução do conhecimento.** Petrópolis: Vozes; 2004

CAPONI S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

COSTA CRBSF, SIQUEIRA-BATISTA R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev Bras Edu Méd.** Rio de Janeiro, vol.28, n.3, p.242-250, Dec 2004.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FEUERWERKER LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

FREIRE P. **Educação e mudança.** São Paulo: Paz e Terra; 1999.

GONÇALVES MC. et al. **Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Belém: UFPA, 2008.

KOMATZU RS, ZANOLLI M, LIMA VV. **Aprendizagem baseada em problemas.** In: Marcondes E, Gonçalves E, organizadores. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 223-37

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, Mar. 2016.

LIMA VV. **Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives** [dissertation]. Chicago: Department of Health Education, University of Illinois at Chicago; 2001.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, June 2017.

MITRE, Sandra Minardi et al., Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008.

PETTA HL et al. **Preceptoria no SUS: caderno do curso 2015** - São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015. 51p. (Projetos de Apoio ao SUS)

PERRENOUD P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed Editora; 1999.

PRIGOGINE I. **O fim das certezas**. São Paulo: Unesp; 1996.

RAMOS MN. **Referência teórico-metodológicas da educação permanente em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Mimeografado

SCHRAMM FR. **As diferentes abordagens da bioética**. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. *Ética, ciência e saúde*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 28-45.

SIQUEIRA-BATISTA R. **Às margens do Aqueronte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia**[tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz; 2006

SALVADOR, CC. **Psicologia do ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VIGOTSKI, Lev S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

PARTO HUMANIZADO E PRESENÇA DE ACOMPANHANTES NA PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Amália Nascimento do Sacramento Santos¹
Lenide Dyane de Jesus Araújo²

Resumo

O objetivo é descrever a percepção de profissionais de saúde sobre parto humanizado e presença de acompanhantes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em uma maternidade pública no Recôncavo da Bahia, sendo os participantes profissionais de formação superior envolvidos no cuidado à mulher. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e fez-se análise temática de conteúdo. Os profissionais atribuem importância ao acompanhante durante a parturição, percebendo-o positivamente por proporcionar segurança, conforto, companhia, alívio de medo e tensões, acalutando a dor, entretanto, vivenciam a presença do acompanhante apenas no puerpério. Os mesmos percebem a estrutura física inadequada e, sobretudo a resistência de outros profissionais, como fatores impeditivos para o acompanhamento das mulheres no parto. Há lacunas para uma assistência humanizada. Assim, o controle social e a educação permanente são necessários para mudanças e respeito aos direitos da mulher e da sociedade.

Palavras-chave: Acompanhantes Formais em Exames Físicos; Parto Humanizado; Saúde da Mulher.

Abstract

To describe the perception of health professionals about humanized birth and presence of companions. This is a qualitative, exploratory and descriptive study conducted in a public maternity hospital in the Reconcavo of Bahia, with participants from higher education professionals involved in the care of women. We used a semi-structured interview and there was thematic content analysis. It was found that professionals attach importance to escort during the birth process, viewing it positively, featuring for providing safety, comfort, companionship, relief of fear and tension, nursing the pain, however experience the passenger presence only in the postpartum period. They realize the inappropriate and especially the resistance of some professionals, highlighting the doctor, hindering factors for the monitoring of women in

¹ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Email: amaliasacramento@hotmail.com.

² Especialista em Saúde Coletiva. Enfermeira da Unidade de Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

childbirth. There are gaps for humanized care. Thus, responsibility and lifelong learning social control are needed to change and respect for the rights of women and society.

Keywords: Medical Chaperones; Humanizing Delivery; Women's Health.

Introdução

A assistência obstétrica no Brasil é permeada por avanços tecnológicos e ao mesmo tempo marcada por problemas como dificuldade de acesso aos serviços de qualidade para as mulheres (CARDOSO, 2013), insatisfação destas quanto aos cuidados recebidos (DOMINGUES, 2013) e indicadores de morbimortalidade materna ruins (SILVA, 2016). Devido a esses aspectos, discute-se na atualidade, modelos assistenciais na perspectiva da melhoria da humanização do parto, evidenciando propostas de boas práticas na condução do trabalho obstétrico, incluindo o acompanhamento das mulheres na parturição (BRASIL, 2011).

Discussões desses temas vêm sendo fomentadas há mais de 25 anos, pelas Organizações Panamericana e Mundial de Saúde que produziram debates na Europa e América sobre tecnologias apropriadas para o parto. Dentre essas tecnologias, voltadas para a saúde pública e na perspectiva dos direitos das mulheres, significando boas práticas na atenção à mulher, cita-se a abolição do uso de enemas, amniotomia e tricotomias, bem como do uso rotineiro da episiotomia e da indução do parto, a recomendação da participação das mulheres nas tomadas de decisões, a liberdade de posições no parto, o manejo da dor e a presença de acompanhantes (ANDRADE, 2014).

Desdobramentos dessas discussões culminaram, em 1996, com as Recomendações da organização Mundial de Saúde sobre as práticas no parto, a qual foi publicada no Brasil, no ano 2000. Neste mesmo ano criou-se o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento que tem como objetivo a atenção integral à mulher, assegurando a melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. Essa política visa a ampliação do acesso das mulheres aos serviços do Sistema Único de Saúde, buscando garantir qualidade no atendimento (BRASIL, 2000).

Em 2003, ficou conhecida a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS (PNH) com o objetivo de produzir mudanças inclusivas nas práticas de saúde, buscando

qualificar a forma de cuidar e de gerir o Sistema Único de Saúde, e na direção da humanização do parto, prosseguiu-se com a criação da lei do acompanhante, em 2005, e em 2009, foi formulado, com pactuações, o plano de Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), com execução desse projeto nos anos de 2010 e 2011 em maternidades de dezesseis estados brasileiros, no intuito de acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal (MARTINS, 2014).

Nesta perspectiva e para proporcionar o novo modelo de atenção ao parto e nascimento, bem como garantia do acesso, acolhimento e resolutividade dos casos e a redução da mortalidade materna e neonatal é lançada no Brasil estratégia política que busca assegurar à mulher: o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, e, à criança: direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, trata-se da rede cegonha (BRASIL, 2011), ora em vigência, no Brasil, desde 2011. Essa rede foi balizada a partir da experiência e consequência do PQM (MARTINS, 2014).

Mesmo com as iniciativas políticas brasileiras apontadas, a realidade atual indica que as mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos e de baixo risco obstétrico estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto (LEAL, 2014).

Humanização no parto é a assistência prestada à mulher, respeitando a sua singularidade, pressupondo a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição (BRASIL, 2017).

Para favorecer a humanização, no Brasil, recomenda-se que a parturiente tenha ao seu lado uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la durante todas as fases do parto (BRASIL, 2005). Entretanto, mesmo diante desta recomendação legal, que foi posta também no Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal e estratégia da rede cegonha, a maioria das mulheres no Brasil não pode contar com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto ou parto (DINIZ, 2014).

A experiência de implantação do parto humanizado em alguns serviços de saúde no Brasil tem se mostrado como um processo lento e, por vezes, difícil (NAGAHAMA, 2011). Muitos serviços não se empenham em implantá-lo, conseqüentemente, muitas mulheres têm seus filhos desacompanhadas.

A dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o acompanhante durante o processo parturitivo, bem como outras práticas condizentes com a humanização do nascimento, é tônica e desafio da atualidade. Estudo realizado no Brasil revela que acompanhantes sentem-se, de certa forma, intimidados com os profissionais por serem caotizadas as relações entre eles, não conseguindo muitas vezes colaborar com a mulher efetivamente (BASSO, 2010).

Observa-se a necessidade de investigações que possibilitem compreender melhor a visão dos profissionais e também o apoio dado à mulher pelo acompanhante. A compreensão da percepção desses profissionais sobre o processo de humanização do parto poderá contribuir com políticas equânimes de atenção à saúde da mulher e somar-se a outros estudos já realizados nesta área, no intuito de cooperar para que a mulher possa gozar de seus direitos durante as fases do parto. Assim, o objetivo deste artigo é descrever a percepção de profissionais de saúde de uma maternidade sobre humanização do parto e presença de acompanhantes neste processo.

Métodos

O presente estudo, de caráter exploratório, foi desenvolvido dentro de um modelo de pesquisa descritivo, com abordagem qualitativa, uma vez que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas.

Os participantes da pesquisa foram cinco profissionais da área de saúde, de nível superior e que estavam envolvidos diretamente com a assistência à mulher em processo de parturição. A escolha dos sujeitos se deu de forma aleatória, buscando apenas distinguir as diferentes categorias profissionais e o interesse de participar do estudo. Houve recusa de profissionais para participar do estudo. Dentre os profissionais que aceitaram participar inclui-se 02 enfermeiras, 01 médico, 01 nutricionista e 01 assistente social. A pesquisa ocorreu no período maio a julho de 2011. O número de sujeitos foi balizado pela recusa de profissionais em participar do estudo.

O estudo foi realizado numa maternidade pública do Estado da Bahia. A referida maternidade é uma instituição de referência na região para atendimento de partos de baixo a médio risco, esta instituição realiza por mês, em média, 250 partos. Possuem 06 leitos de berçário, 24 leitos de alojamento conjunto. É um hospital filantrópico, sem fins lucrativos.

Os dados foram coletados através da técnica da entrevista semiestruturada, que foram gravadas, a partir da pergunta “Qual sua percepção a respeito da presença de acompanhante para a mulher no processo de trabalho de parto e parto? E “Para você, o que significa parto humanizado?”

Os dados encontrados foram analisados a partir da técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2010), a partir da qual foram extraídas duas categorias temáticas: percepções sobre o significado do parto humanizado e percepções sobre a presença do acompanhante. Assim, foi realizada uma pré-análise, uma forma de organização dos dados colhidos, e posteriormente, se operacionalizou os processos de codificação, categorização e quantificação dos significados encontrados nas mensagens. Por fim, fez-se a interpretação dos resultados.

Tratando-se de um estudo envolvendo a participação de seres humanos, após a autorização do gestor da Maternidade para a coleta de dados, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Maria Milza – FAMAM, ficando registrado sob o protocolo número 074 / 2011, respeitando a Resolução 466/2012 de Pesquisa com seres humanos.

Resultados e discussões

Percepções sobre o significado do parto humanizado

São diversas as percepções dos profissionais quanto ao significado do parto humanizado. O acolhimento da mulher, o incentivo ao parto natural, percepção do conceito filosófico do sentido de humanizar e direito da mulher foram as perspectivas elucidadas.

O acolhimento é percebido como significado de parto humanizado, traduzido como a satisfação das necessidades de companhia, de alívio da dor, medo do parto e outras demandas que a mulher esteja apresentando no processo de parto.

A humanização do parto do meu ponto de vista é o acolhimento da parturiente. É não deixá-la sozinha, é poder aliviar as dores, permitir que alguém que ela escolha esteja ao seu lado (E1).

A liberação do acompanhante, na verdade, é um acolhimento para gestante que chega, na maioria das vezes, com a percepção do hospital como um local estranho além de ser associado ao medo do parto (E2).

A correspondência entre acolhimento e parto humanizado retratado pelos profissionais tem relação com o delineamento de parto humanizado apresentado pela política brasileira no que tange à compreensão do acolhimento como atenção, disponibilidade e intenção de identificar as particularidades das pessoas. Assemelha-se à compreensão que acompanhantes de mulheres no parto também relataram em outro estudo (OLIVEIRA, 2014). Entretanto, sabe-se que o parto humanizado, para além do acolhimento, necessita dar resolutividade à situação, garantindo a autonomia da mulher.

A humanização do parto é a redução do número de cesáreas. O número de cesáreas não só aqui como em todo lugar é muito alto e o parto tem que acontecer de forma natural. (E1)

A valorização do parto natural apontada pelos profissionais corrobora também com a escolha de mulheres e seus companheiros, descrita em outra pesquisa (BASSO, 2010), que aponta a declaração de preferência pelo parto vaginal, o que é contrário ao elevado número de partos cirúrgicos realizados no Brasil. A redução do número de cesáreas no Brasil é um grande desafio das políticas públicas vigentes, e em consonância com o desafio da humanização da saúde, funciona como um aporte para a melhoria do cuidado e para a consolidação dos princípios e valores do SUS (CASATE, 2012).

O resgate da valorização do ser humano, bem como o indício de um discurso filosófico do conceito de humanização, ficando implícito o paradoxo “humanização do que é humano” é observado na fala seguinte, além da referência do parto natural como o parto humanizado.

Para mim, parto humanizado é o normal. Nós somos seres humanos e a atenção humanizada é o que seria normal. Pois somos seres humanos e estamos lidando com seres humanos (E3).

A percepção apresentada vai ao encontro da discussão sobre falta de respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição em detrimento da necessidade prática pessoal de cada profissional, há pressa em provocar o nascimento das crianças, focada na decisão do profissional médico e não na fisiologia feminina, culminando no perfil de saúde obstétrico brasileiro ainda vigente de muitas intervenções e elevado número de partos cesáreos, em detrimento do parto natural com atenção mais humana (LEAL, 2014).

Esta perspectiva nos remete a pensar da necessidade do conceito mais filosófico e assentado de humanização, visto a discussão da polissemia conceitual desta palavra que impede,

muitas vezes, uma interpretação real da prática da humanização. Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais reflitam as suas práticas, entendendo conceitos e fundamentações científicas deste termo, fugindo de uma realidade carente do respeito congruente à alteridade. Neste ínterim cita-se, por exemplo, as dimensões de humanização que retrata a relação interpessoal a partir da ética da responsabilidade (ALMEIDA, 2014).

Essa responsabilidade e o respeito com o direito de escolha e a autonomia da mulher são também percebidos pelos entrevistados como significado de parto humanizado, traduzidos como possibilidades de escolhas individuais, de interação da mulher com a equipe de saúde/profissionais, manifestando seus interesses e desejos.

[...] parto humanizado pra mim seria o parto onde a mulher pode escolher o seu acompanhante, ela tem o direito de ter seu acompanhante na sala de parto, ela tem o direito de escolher se ela quer um parto normal ou cesáreo, se ela quer uma ajuda ou não na hora do parto. Essa mulher tem liberdade no início do trabalho de parto até a hora do parto para deambular, para ir ao banheiro, para poder tomar um banho de ducha quente e que muitas vezes só essa atenção, só essa humanização no pré-parto e parto já alivia as tensões da dor de parto [...] (E5).

Essas escolhas que a parturiente pode fazer apresentadas neste depoimento condizem com as boas práticas no trabalho de parto e parto, como tecnologias leves que deveriam ser implantadas em qualquer maternidade ou casa de parto.

Para tanto, vê-se a necessidade do empoderamento das mulheres, o conhecimento se faz importante, o processo do cuidado frio na atenção tem tido início durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto natural, ficando sem condições de protagonizarem seus partos (LEAL, 2014).

É necessário realizar a educação em saúde no pré-natal, difundir informações a gestante sobre seus direitos, para que lutem e tenham argumentos para exigirem o cumprimento da Lei do acompanhante e da política de rede cegonha, visto que o conhecimento das mulheres favorece o exercício do controle social em favor de um atendimento humanizado. Este atendimento não deve vir apenas da força do controle social ou da prescrição de políticas públicas, deverá convergir com pressupostos profissionais do cuidado, baseados na ética da responsabilidade.

Percepção sobre a presença de acompanhante

A análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde permitiu identificar a categoria temática “percepção sobre a presença de acompanhante”, que aborda sobre quatro subtemas: a importância atribuída pelos profissionais ao acompanhante para a mulher; fatores que dificultam a presença do acompanhante; mudanças institucionais frente à humanização do parto; e a interação do acompanhante com a mulher.

A presença do acompanhante é entendida por alguns profissionais deste estudo como uma situação positiva, revelando sua importância devido ao auxílio que prestam à parturiente, no sentido de proporcionar segurança, conforto, companhia, alívio de medo e tensões. Os profissionais percebem também o parto como um momento de valor na vida da mulher:

É importante a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto porque isso causa segurança e conforto à parturiente, alivia o medo, não é isso? Muito ao contrário do que muita gente acha, a presença do acompanhante não atrapalha de forma alguma durante o parto (E1);

Acho que dá tranquilidade e segurança para ela além de dividir com alguém um momento tão importante na vida dela. A gente vê assim, que para a mulher é muito importante a presença do companheiro porque é ele que divide com ela aquele momento (E4).

Eu acho importante a presença de um acompanhante, de um familiar na hora do parto, pois isso faz com que a mulher sinta-se tranquila e segura (E5).

A percepção dos profissionais corrobora com evidências científicas de que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto alivia as tensões e o medo da parturiente. A presença de acompanhantes traduz qualidade do cuidado prestado, além da segurança à parturiente, podendo funcionar como um marcador de avaliação, tendo em vista estes resultados positivos que produzem. Retrata também a incorporação da integralidade dos cuidados, da universalidade, da equidade e também da humanização, consoantes com princípios do Sistema Único de Saúde (DINIZ, 2014). Também é considerada um marco para a convivência entre a mulher e a pessoa escolhida (SANTOS, 2012).

O conforto trazido à parturiente pela presença do acompanhante é enfatizado também como um grande acalentador em relação à dor do parto que é colocado como analogia a um processo analgésico:

Do meu ponto de vista eu acho importante a presença do acompanhante tanto para a mulher como para quem ta acompanhando acho que assim: ajuda no trabalho de parto é

melhor até no meu ponto de vista do que uma analgesia porque, oferece conforto, apoio e proteção na hora do parto. A pessoa 'tá' junto de um ente querido, não é? E no pós parto, além desse apoio para a mãe, também a ajuda com os cuidados com o recém nascido e com os cuidados da mãe (E3).

Tal analogia é retratada também em um estudo sobre o valor do suporte para a parturiente (SILVA, 2007), ao apontar a presença do acompanhante durante o processo parturitivo como influenciadora nas modificações nos resultados obstétricos, mostrando decréscimo no uso da analgesia e da realização de cesáreas. A realização de massagens e relaxamentos, deambulação proporciona medidas não farmacológicas de controle da dor.

Sabe-se que a mulher está mais vulnerável à dor durante as fases de trabalho de parto e do parto, para a maioria das mulheres a fase puerperal é menos dolorosa. A restrição do acompanhante nessas fases aponta para a falta de consideração aos direitos da mulher durante o parto, sobre isso, há relatos no Brasil de ocorrência de cobranças de taxas para entrada do acompanhante em alguns serviços (DINIZ, 2014). A lei que permite o acompanhamento de pacientes em maternidades tem sido ignorada tanto pelas instituições de saúde, que não enfrentam vigorosamente os entraves para melhoria da qualidade do atendimento, como também pelas mulheres, que muitas vezes desconhecem seus direitos (SANTOS, 2012).

A presença do acompanhante apenas no Alojamento conjunto, período puerperal, é vista como uma mudança no perfil político da instituição e como atenção às exigências postas pelas políticas vigentes. Entretanto, os sujeitos percebem também que esta mudança não atende completamente ao especificado legislação, tendo em vista o acompanhamento não ocorre durante o trabalho de parto e parto.

O hospital aqui já tem seguido algumas mudanças para que se cumpram algumas das exigências, tais como a permanência do acompanhante no alojamento conjunto e de alguns acompanhantes poderem acompanhar o parto. É necessária, também, a aceitação dos acompanhantes durante o parto por parte de alguns profissionais (E1).

Do meu ponto de vista e pelo tempo que trabalho aqui na maternidade, a gente já evoluiu muito onde hoje nós temos o acompanhante no puerpério. Já demos um passo inicial, certo, onde, assim que essa mulher sai do trabalho de parto, do centro obstétrico, ela tem direito a ficar com seu acompanhante até o momento da sua alta (E3).

A implantação da presença do acompanhante no Brasil acontece parcialmente em muitos serviços, da mesma forma que a da instituição pesquisada, apenas a garantia na fase puerperal.

Nesta o profissional está em menor grau de intervenção quando comparadas às intervenções com o corpo da mulher do trabalho de parto e do momento do parto. Nesta fase também, a mulher tem uma necessidade de cuidados contínua com a presença do recém-nascido e por conta disso, a presença de acompanhantes é mais bem estabelecida na perspectiva de apoio à equipe de saúde, muitas vezes extrapolando no fazer cuidados que são específicos do profissional.

Porém, para seguir os conformes da política do acompanhamento no parto, a lei faz referência à presença da pessoa de escolha da mulher em todos os ambientes do processo de parturição, antes, durante e após o parto, portanto, essa é uma realidade ainda distante da experiência estudada.

Apesar dos sujeitos perceberem a importância da presença do acompanhante, os mesmos apontam também suas percepções quanto aos fatores que dificultam o desenvolvimento desse processo. A estrutura física inadequada e a resistência de outros profissionais são os fatores mais apontados:

O problema é que aqui no hospital não se tem estrutura física, sendo a sala de parto pequena para comportar mais uma pessoa (E1);

A adequação de espaço que seria necessário, mas que não é o essencial. Eu acho que essa adequação vem de nós profissionais. Vem da aceitação de nós profissionais. É um modelo novo, que incomoda e incomoda principalmente os médicos, não sei o porquê incomodam tanto eles (E3);

Não é também só você ter o espaço, é você está capacitando os profissionais pra ter esse olhar e essa assistência importantíssima. Na verdade, não dar para se fazer uma capacitação com os profissionais para atenção humanizada se não há uma sensibilização desses profissionais para que estes percebam qual vai ser o papel dele nesse modelo de assistência. Aí depois é que você pode está pensando na capacitação (E4).

Mesmo com a regulamentação da lei 11.108/2005 e da estratégia da rede cegonha que prevê recursos para redimensionamento do espaço físico, os profissionais dificultam a entrada do acompanhante durante o parto. Muitas instituições alegam que o acompanhante atrapalha ou que o espaço não está adequado, sendo este um dos empecilhos revelado também neste estudo.

Para tanto, requer atenção dos profissionais para esse novo modelo assistencial, de forma que apoie alteração nas rotinas. Mas percebe-se que os mesmos, principalmente os médicos têm resistências a permitirem a presença de um acompanhante na sala de parto manifestando uma expectativa negativa, principalmente nos momentos de intercorrências. Os profissionais se acham ameaçados e intimidados com a presença do acompanhante, visto significar vigilância constante

da instituição além de proporcionarem questionamentos frente às tomadas de atitudes dos profissionais com a parturiente (SANTOS, 2012).

A resistência à inserção do acompanhante, escolhido pela mulher é uma consequência do modelo tecnocrático da assistência que desumaniza o processo de nascimento ao afastar a família, onde transforma o parto em um acontecimento medicalizado, que estabelece normas e rotinas institucionais. Os médicos, ligados ao modelo biomédico de atenção à saúde, são os profissionais que hegemonicamente detém, na contemporaneidade, os cuidados obstétricos nas instituições hospitalares (LEAL, 2014).

A vivência prática desenvolvida no ambiente da maternidade enquanto docentes nos permite argumentar que há insegurança e resistência da maioria dos profissionais quanto à presença do acompanhante e também de outros profissionais que não são da instituição, como estudantes, docentes, pesquisadores, há um exercício do poder do espaço, especificamente do pré-parto e sala de parto, não respeitando a autonomia das parturientes, nem colaborando com a formação de recursos humanos, a exemplo de estudantes universitários.

Nesta perspectiva, observa-se a relevância do estudo em questão, bem como as discussões sobre a temática na atualidade, uma vez que os fatores intervenientes colocados pelos profissionais podem ser minorados a partir de recursos advindos da nova estratégia de enfrentamento vigente, requerendo, entretanto, ação política de gestores e profissionais para sua implantação. Já que, enquanto estratégia pretende realizar durante o pré-natal a totalidade do custeio de exames e suporte material para as Unidades de Saúde da família e gestantes, custeio de transportes de bebê e puérpera nos centros de partos normal e casas de parto, além de custeios para ampliação e qualificação dos leitos e melhoria da ambiência para os locais de parto (BRASIL, 2011).

Assim, vislumbra-se que os fatores dificultadores percebidos pelos profissionais apresentam perspectivas de resolutividade através desta política e da sua forma de custeio; as capacitações e sensibilizações de recursos humanos são prementes neste instante, pois as prioridades políticas locais nem sempre estão compassadas com as oportunidades da gestão, portanto há necessidade de controle social e posicionamento político das instituições e das gestões dos municípios que as inserem.

O acompanhante servirá como “suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do conforto físico, para dividir o medo e a ansiedade, e para somar forças, para estimular positivamente à parturiente nos momentos mais difíceis” (SANTOS, 2011, p. 16).

Contudo, vê-se que existe a preocupação quanto ao preparo deste acompanhante, vislumbrando uma efetiva colaboração com a parturiente, e de forma mais contundente, também para preservar o ambiente de trabalho dos profissionais livre de ameaças e problemas.

Recebe ajuda prática tanto com relação aos cuidados com ela como os cuidados com o RN (E2);

Inclusive nas orientações a gente sempre fala, olha como é importante a sua presença, o seu apoio, venha ver como é, ficar sempre do lado dela apoiando, ajudando e eles geralmente respondem que não tem jeito. Aí a gente fala: - E de noite quando só tiver você e ela dentro de casa quem vai ajudar é você, quem vai ter que fazer é você [...] o cuidador mistura a figura do ser humano que está ali junto com o conhecedor de técnicas que no momento do parto são imprescindíveis, principalmente para o alívio da dor (E4); Só tenho assim, um ponto a ressaltar que esse acompanhante que deve ser escolhido pela parturiente deve ser escolhido e preparado no pré natal. Claro que ele não vai ser o profissional a fazer o parto, mas pra ele tá ciente do que seja o trabalho de parto e de como agir durante o trabalho de parto, a fim de ajudar essa parturiente (E3).

Há de se convir da existência das diversidades nos comportamentos das pessoas, que são próprias da cultura de cada indivíduo. Portanto, as instituições necessitam de uma sistemática de orientação aos acompanhantes, principalmente no que tange ao acompanhamento durante o parto propriamente dito, durante o nascimento, que é traduzido como o momento mais crítico do processo parturitivo. A necessidade de capacitação de acompanhantes é uma consideração também de outros estudos brasileiros (OLIVEIRA, 2014).

Essa abordagem requer uma mudança de atitude profissional frente ao hegemônico modelo biomédico nas práticas vigentes em maternidade. A estratégia política da rede cegonha de fortalecer as casas de parto e humanizar o cuidado hospitalar é, a nosso ver, desafiadora porque é mudança no modelo de atenção, requer mudança de atitude profissional e isto requer persistência, dinâmica, pesquisa e inovação tecnológica.

Portanto, parece simples, mas é um desafio, pois a inserção do acompanhante não depende apenas de um profissional, ou de uma equipe multidisciplinar, depende da gerência institucional e das políticas públicas, depende das relações entre casas de parto ou maternidade e

Unidades básicas de saúde onde ocorre o pré-natal para viabilizar também uma participação efetiva dos acompanhantes.

Considerações finais

Neste estudo, verificou-se que os profissionais atribuem importância ao acompanhante para a mulher durante todo o processo parturitivo, vendo-o de forma positiva, caracterizando a importância como auxílio que prestam à parturiente e por proporcionar segurança, conforto, companhia, alívio de medo e tensões e também apontam a necessidade de promover ações educativas voltadas para o acompanhante desde o pré-natal, indo ao encontro de evidências científicas já existentes.

Por outro lado, os sujeitos do estudo percebem aspectos que dificultam a presença do acompanhante na instituição estudada, apontando a estrutura física inadequada e a resistência de alguns profissionais, tendo destaque para o profissional médico, como os fatores intervenientes.

A liberação da presença do acompanhante apenas no pós-parto é percebida como ação de mudança institucional, frente ao processo de humanização da assistência ao parto. Nesta perspectiva, o hospital apresenta lacunas para um cuidado humanizado e não foram identificados iniciativas ou movimentos profissionais em direção a uma nova política institucional.

Dessa forma, o controle social se faz necessário. As mulheres podem buscar sua autonomia, saber dos seus direitos e lutar para que as instituições cumpram a lei do acompanhante e implementem mudanças por um parto mais humanizado. Além disso, a sensibilização sobre o cuidado humanizado deve ser fortalecida desde a formação acadêmica dos profissionais e continuar firme nas diversas redes de socializações, nos movimentos sociais e nos processos de educação permanente.

Referências

ALMEIDA, Débora Vieira. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 767-775, Set. 2014.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, 2014, p. 19-46.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70; 2010.

BASSO, Joéli Fernanda; MONTICELLI, Marisa. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 390-397, Jun. 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. 1 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. *Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005*. 2005. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. 1ª ed. Brasília, DF: MS; 2000.

CARDOSO, L.S.M.; MENDES, L. L; VELÁSQUEZ-MELENDZ, G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Min Enferm*. Belo Horizonte, v.17, n.1, p. 93-100, 2013.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 219-226, Fev. 2012 .

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al . Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima et al . Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 285-292, Jun 2013 .

LEAL, Maria do Carmo et al . Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014 .

MARTINS, C. P.; NICOLATTI, C. A.; VASCONCELOS, M. F. F.; MELO, M. A. . Histórico do modelo de atenção ao parto e nascimento com que trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da

Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*: humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, 2014, p. 19-46.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Sílvia Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 11, n. 4, p. 415-425, Dez. 2011.

OLIVEIRA, Amanda Souza de et al. Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 36-45, mar. 2014.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, set 2016.

SANTOS, Luciano Marques et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença de acompanhantes no processo parturitivo. *Rev Rene*. Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 994-1003, dez 2012.

SANTOS, Luciano Marques et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 225-237, abr. 2011.

SILVA, Ana Verônica R.; SIQUEIRA, Arnaldo A. F. de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-135 , abr. 2007.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM MOTORISTAS DE CAMINHÕES E O IMPACTO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Tatiana Almeida Couto¹
Josiane Moreira Germano²
Flávia Rocha Brito³
Sérgio Donha Yarid⁴

RESUMO

A educação em saúde é uma metodologia de ensino a extrapolar a sala de aula e ser realizada por discentes e docentes na comunidade em equipamentos sociais. Este relato objetiva descrever a vivência em ação educativa com motoristas de caminhão e o olhar de discentes e docentes sobre o impacto dessa ação na perspectiva da formação profissional. Percebe-se a relevância de ações educativas envolvendo discentes e docentes de diferentes categorias de atuação da saúde para o fortalecimento dos conhecimentos compartilhados e as contribuições dos diferentes saberes para uma escuta e cuidado integral. Torna-se necessária a sensibilidade dos sujeitos envolvidos na formação para a oportunidade, planejamento e organização de ações educativas na comunidade e a reflexão do impacto de ações como essa para a formação além do tecnicismo e do olhar biomédico.

Palavras-chave: Educação em saúde, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Ensino.

ABSTRACT

Health education is a teaching methodology to extrapolate the classroom and be carried out by students and teachers in the community in social facilities. This report aims to describe the experience in educational action with truck drivers and the view of students and teachers on the impact of this action in the perspective of professional training. It is noticed the relevance of educational actions involving students and teachers from different categories of health care for the strengthening of shared knowledge and the contributions of different knowledge for listening and integral care. It is necessary the sensitivity of the subjects involved in the training for the opportunity, planning and organization of educational actions in the community and the reflection of the impact of actions such as this for training beyond technicality and biomedical gaze.

Keywords: Health Education, Health Human Resource Training, Teaching.

¹ Mestra em Ciências da Saúde, Discente do Doutorado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, UESB/Jequié. E-mail: tatiana_almeidacouto@hotmail.com.

² Especialista em Saúde da Família e Comunidade – Faculdade de Medicina de Marília/SP, Discente do Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, UESB/Jequié. E-mail: j_mg87@yahoo.com.br.

³ Especialista em Enfermagem do Trabalho, Discente do Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, UESB/Jequié. E-mail: flaviarrbrito@gmail.com.

⁴ Doutor em Odontologia Preventiva e Social, Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, UESB/Jequié. E-mail: syarid@hotmail.com.

Introdução

A educação em saúde constitui-se como uma ferramenta importante para a construção de conhecimentos em saúde e empoderamento da população acerca de cuidados que possam evitar agravos e prevenir doenças. Como processo político e pedagógico, a educação em saúde propõe o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo que permite olhar para as demandas da população e assim, propor ações transformadoras que propiciem autonomia e emancipação do sujeito, em seu meio social (FALKENBERG et al., 2014; PEREIRA et al., 2015).

Para o Ministério da Saúde, as práticas de educação em saúde devem envolver profissionais, gestores e a população, articulando esses atores, utilizando a educação em saúde como instrumento de intervenção na realidade, à fim de oportunizar aos indivíduos a inserção de práticas promotoras de saúde (PEREIRA, et al., 2015). A educação em saúde está intimamente ligada à promoção da saúde que ganhou destaque a partir da Conferência de Ottawa, porém, no Brasil, a promoção de saúde ficou em evidência no momento em que a reforma sanitária definia os novos rumos da saúde no país, sobretudo na mudança de modelo assistencial (BEZERRA et al., 2014).

A educação em saúde permite a formação em ações que podem ser realizadas em unidades de saúde, assim como em equipamentos sociais: escola, igreja e comunidade (AZEVEDO et al., 2014). Sendo que entre as metodologias para o diagnóstico das prioridades de temáticas e o planejamento da educação em saúde deve-se fazer o levantamento das temáticas a serem discutidas de interesse pelos indivíduos participantes (TOLEDO; PELICIONI; ZOMBINI, 2014). Destarte, é preciso que a prática educativa valorize o contexto geográfico, econômico, social no qual os sujeitos e famílias estão inseridos para a contextualização necessária no aprendizado (FREIRE, 2014).

Neste sentido, a inserção de atividades de educação em saúde na formação profissional faz-se necessário para a quebra do paradigma biologicista, visto que a formação tradicional está alicerçada nesta perspectiva, o que se faz insuficiente diante das demandas da educação e promoção de saúde. Deste modo, a formação em saúde tem o desafio de contemplar no processo formativo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) denominados: equidade, integralidade e universalidade (HORA; SOUSA, 2015).

Compreende-se a importância de levar a educação em saúde para as mais diversas populações, assim, este estudo destaca o trabalho dos motoristas de caminhão desempenham uma atividade importante para o sistema de transporte de cargas no Brasil, o que é primordial para a movimentação da economia no país. Por transporta desde matérias- primas até produtos industriais. Destarte, esses trabalhadores dinamizam a economia do país, garantindo o funcionamento do mercado e da vida social (MASSON et al., 2010). Além disso, onde as pesquisas apontam importantes problemas de saúde que podem ter relação com a atividade laboral destes trabalhadores, visto que as condições de saúde, trabalho e estilo de vida são tênues para o desenvolvimento de patologias (MASSON et al., 2010; SILVA et al., 2016).

Estudos têm revelado maior vulnerabilidade de motoristas de caminhão a diferentes agravos à saúde, tais como: obesidade, hipertensão arterial, infecções sexualmente transmissíveis, uso de substâncias psicoativas, acidentes de trânsito e comprometimentos osteomiocarticulares devido às cargas de trabalho (GIROTTI et al., 2016). Bem como os acidentes de trânsito que têm causado mortes e lesões, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). A ausência de ações de educação e promoção de saúde poderá elevar os índices de mortalidade no trânsito, com o objetivo de salvar vidas a Organização das Nações Unidas declarou de 2011 a 2020 o período para a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito” (OMS, 2013). Destaca-se que os motoristas de caminhão compõem a segunda categoria de trabalhadores mais envolvida em afastamentos do trabalho por incapacidade temporária (32,5%), invalidez (27,9%) e óbito (33,2%) (TEIXEIRA; FISHER, 2008). O MS classifica os acidentes de trabalho como causas evitáveis ou reduzíveis de mortes (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Portanto, inserir espaços de educação em saúde no contexto da formação profissional fazem-se potentes para abarcar a demandas desta categoria profissional, visto que o próprio trabalho destes profissionais reverberam no acesso aos serviços de saúde pública brasileira. Porém, sabe-se que constitui como uma grande dificuldade a implementação de processos educativo em saúde eficazes, uma vez que a composição curricular privilegia práticas de saúde biológico-tecnista (PEREIRA et al., 2015). Assim, este relato objetiva descrever a vivência em ação educativa com motoristas de caminhão e o olhar de discentes e docentes sobre o impacto dessa ação na perspectiva da formação profissional.

Material e métodos

A organização do evento ocorreu no primeiro e no segundo semestre de 2017. Na vivência foi oportunizado o conhecimento do perfil sociodemográfico, aspectos de saúde e hábitos de vida dos motoristas de caminhão de carga que trafegavam naquele período a BR 116. O evento intitulado “Saúde na BR” ocorreu no dia 22 de setembro de 2017 no período de 08 às 13 horas.

Ressalta-se que este evento acontece anualmente em comemoração à Semana Nacional de Trânsito. E é desenvolvido por discentes e docentes da graduação e da pós-graduação que compõe o Núcleo de Pesquisa em Bioética (NUB) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus Jequié, em parceria com a Polícia Rodoviária Federal e a Via Bahia (Concessionária de Rodovias S/A).

Além disso, colaboraram no evento outros órgãos e instituições tanto do setor público, como do setor privado: Corpo de Bombeiros, Agentes da Escola Nacional de Trânsito, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU-192 e algumas empresas (por meio de patrocínio de alimentos para o lanche ofertado).

Resultados e discussão

A educação em saúde é uma prática social construída historicamente e permeada por subjetividades, intenções, objetos e fins. De forma que esse processo educativo pode ou não envolver formalidade, sistematização ou intenção, que contribui para o desenvolvimento, humanização e inserção social dos indivíduos através da possibilidade de participação ativa, além da corresponsabilidade por sua saúde (LOPES; TOCANTINS, 2012). Porém, no campo das práticas de saúde, existem uma gama de modelos de educação em saúde e, considerando o que estas abordagens têm em comum, é possível agrupá-las em duas vertentes principais: o modelo tradicional ou preventivo e; o modelo radical ou dialógico. O modelo tradicional consiste no entendimento de saúde como ausência de doença cujas ações de educação em saúde são pautadas no carácter biologicista e os profissionais de saúde são os legítimos conhecedores e agentes de ações educativas em saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Destarte, a proposta do modelo radical de educação em saúde, ancorado em

Paulo Freire, leva em consideração a complexidade do fenômeno saúde e engloba os aspectos sociais e culturais no processo de educação. Por buscar o fortalecimento da consciência crítica das pessoas, transfere o foco das ações educativas tradicionalmente centradas no indivíduo para um investimento no potencial dos grupos sociais (NOGUEIRA et al., 2015). Sendo assim, a educação em saúde é uma atribuição de todos os profissionais. Entretanto, essa atividade costuma ser realizada nos serviços de saúde ainda de forma imperativa, com a culpabilização dos sujeitos. Assim como, baseadas na transmissão de informações com o direcionamento de ações para a mudança de comportamento. Portanto, tais práticas têm-se mostrado ineficientes para atender às necessidades e o enfrentamento dos problemas de saúde (LEITE; PRADO; PERES, 2010).

Diante do papel da universidade de proporcionar uma formação voltada às necessidades de saúde dos diversos grupos sociais, este trabalho traz o contexto de motoristas de caminhão, que segundo Moraes (2012) a profissão do motorista de caminhão foi regulamentada, no Brasil, em abril de 2012 por meio da promulgação da lei 12.619 e alterada por meio da lei 13.103/2015, refletindo em direitos e obrigações para todos os envolvidos com o transporte rodoviário destacando principalmente assuntos relacionados à jornada de trabalho, horas extras e intervalos intrajornada e entre jornadas (MORAES, 2012). Sobre o sistema de cargas, Masson e Monteiro (2010) discorrem que estes trabalhadores são parte importante da movimentação da economia e suprimento de demanda no Brasil, o que sem ela causaria comprometimento na chegada de produtos para indústrias e para os consumidores em geral, ou seja, é um setor totalmente horizontal, que viabiliza todos os outros setores da economia (MORAES, 2012).

Diante do exposto, alguns estudos apresentam as repercussões na qualidade de vida de motoristas de caminhão, impactando em sua saúde em todos os âmbitos (RAMOS et al., 2018). Considerando isso, os conteúdos programáticos a serem abordados em uma ação educativa devem ser dialogados a partir da realidade dos sujeitos, proporcionando assim uma prática compartilhada (ACIOLI, 2008). Dessa forma, o objetivo deste relato é discutir uma vivência em organização e participação em evento de práticas educativas com motoristas de caminhão de carga.

No evento houve a participação de discentes e docentes subdivididos em stands por meio do compartilhamento de conhecimentos da sua área de formação. Tais como: recepção (acolhimento, identificação dos participantes e explanação sobre

as atividades educativas oferecidas); educação física (foram realizadas mensurações do peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril e posteriormente o cálculo do índice de massa corporal e da relação cintura quadril); enfermagem (aferição de pressão arterial, realização de teste de glicemia e orientações diante dos valores apresentados). Assim como foram realizadas ações educativas com a abordagem sobre espiritualidade (diálogo sobre imagens expressivas referentes a religiosidade e espiritualidade), farmácia (orientações sobre automedicação e uso de drogas, medicina (orientação sobre prevenção de câncer de pele), fisioterapia (opções de alongamento e demonstração de postura correta ao dirigir e para os caminhoneiros que apresentavam queixas álgicas era disponibilizado o tratamento com o aparelho de Eletroestimulação Transcutânea –TENS), nutrição (oferecimento de lanche e orientações sobre hábitos alimentares saudáveis), odontologia (atividade educativa de saúde bucal, voltada para a prevenção de agravos bucais enfatizando a adequada higiene oral) e psicologia (com técnicas de relaxamento e o reconhecimento de causa, sintomas e prevenção do estresse). Considerando que a população de motoristas de caminhão é vulnerável destaca-se o cuidado necessário e atenção à saúde de população.

Tal vivência oportunizou a participação de discentes e docentes de uma universidade pública baiana e de uma instituição de ensino superior privada. Dessa forma, os grupos foram subdivididos por categorias de profissionais e discentes da área da saúde. E apesar da ação ser realizada por grupos de sujeitos de uma mesma área de formação, durante o planejamento da ação possibilitou o diálogo coletivo e o aprendizado de diferentes temáticas e na abordagem das diversas áreas envolvidas. O que para Velloso et al. (2016) configura-se como ação interdisciplinar por proporcionar a interação de disciplinas para um projeto comum, em que se estabelece uma relação de reciprocidade, que irá possibilitar o diálogo entre os participantes.

Diante da rotina de trabalho, além das cobranças de metas pelas empresas, estes profissionais apresentam dificuldades no acesso e acompanhamento por equipes em unidades de saúde (RAMOS et al., 2018) saúde. Na pesquisa de Delfino e Moraes (2015) os autores destacam como doenças responsáveis por sua interrupção do trabalho: doenças oculares, afecções da coluna e lesões ortopédicas, bem como: cardiopatias, lesões cerebrais e menos frequentemente distúrbios mentais e distúrbios metabólicos. Sendo assim, a relevância social e acadêmica de ações educativas em atividades extramuros, além dos cenários acadêmicos e de unidades de saúde,

considerando a aproximação aos sujeitos e famílias. O processo educativo pode ser uma prática libertadora ao implicar na negação do mundo como realidade ausente dos homens, e por isso, requer a reflexão crítica da relação do homem com o mundo, estabelecendo-se uma inter-relação dinâmica, processual e contínua (FREIRE, 1987). A prática educativa a ser realizada pelo profissional de saúde pode colaborar para o usuário expressar suas necessidades de saúde, e por meio de metodologias utilizadas por tais profissionais são ressaltadas as questões de autonomia do usuário, o empoderamento do indivíduo e da coletividade (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012; CARNEIRO et al., 2012).

Assim, ações educativas que auxiliem no reconhecimento de hábitos de vida e de condições de saúde de caminhoneiros tornam-se importantes. Pois, a melhor qualidade de vida desses sujeitos permitem também o desempenho de suas funções de forma melhor (ALESSIA; ALVES, 2015). Menciona-se a relevância deste evento por possibilitar aos indivíduos ações de ações e a reflexão sobre seu modo de viver a vida. Além disso, os caminhoneiros relataram o reconhecimento do devido cuidado à saúde e a valorização de ações como essa, por entender que diante da alta carga horária de trabalho há cobranças de metas e reduzida disponibilidade para o autocuidado. Entende-se que nas práticas de educação em saúde com qualidade ter o conhecimento e domínio sobre determinada temática não é suficiente, pois faz-se necessário conhecer e analisar o contexto social, econômico e cultural no qual o sujeito está inserido, compreender quem são esses sujeitos e como desejam os compartilhamentos de saberes (LEITE; PRADO; PERES, 2010).

Ressalta-se que é necessário na formação de discentes vivências que oportunizem e valorizem as necessidades em saúde dos usuários como fonte para a produção de conhecimento, cuidado e tecnologias na atenção à saúde local e regional; as possibilidades de vivências com discentes de diversos cursos de saúde, de forma a potencializar a interprofissionalidade no aprendizado com o outro e a integração ensino-serviço também para possibilitar o conhecimento nas mudanças necessárias na formação em saúde, para afastar-se do modelo biomédico (SILVA et al., 2016).

No processo de ensino-aprendizagem a maior valorização está direcionada para o aprender (MORIN, 2002). Assim, na formação durante a graduação e pós-graduação é relevante o desenvolvimento de competências e habilidades e, portanto, o estabelecimento do processo ensino-aprendizagem de forma ativa. O processo de ensino-aprendizagem não deve se ater no ato vazio de assimilação de conteúdos, mas

sim, deve procurar estar integrado ao desenvolvimento integral do ser humano, onde o (re)aprender pode ser feito do bojo das relações intersubjetivas, fenômeno que acontece não só na relação educador/educando, mas nos diversos contextos (JESUS; SENA; ANDRADE, 2014).

Este estudo traz uma proposta de inserção de estudantes de graduação e pós-graduação em um espaço externo à sala de aula. Para Freire (2005) espaços informais promovem aprendizagens associadas ao contexto sociocultural, apresentando-se como uma modalidade de aprendizagem inovadora, pois coloca dos os sujeitos em outras dimensões mais próximas das práticas sociais, perpassando a ação e a reflexão, na perspectiva da construção da cidadania e criticidade dos sujeitos.

Uma pesquisa realizada por Jesus, Sena e Andrade (2014) discorre que em suas experiências acadêmicas, o conhecimento compartilhado nos espaços informais contribuiu na adoção de posturas mais críticas e reflexivas, no desenvolvimento de habilidades comunicacionais e relacionais, vivência interdisciplinar com diversas áreas do conhecimento que podem ser angariadas na formação, na prática profissional, mas, também, na vida pessoal.

A concepção de que a educação em saúde deve operar na transversalidade dos currículos pode promover no processo de aprendizagem inserção de habilidades diante estimulando os acadêmicos a partilharem de momentos reais das práticas profissionais planejando intervenções que impactem, quando necessário, após uma reflexão crítica (PINHEIRO et al., 2016). A disciplina leva o profissional acadêmico a vivenciar a prática profissional, estimulando o desenvolvimento da autonomia, além de melhorar a capacidade de comunicação para, quando profissionais, atuarem de uma maneira mais eficaz (PEREIRA et al., 2015).

E direcionando o olhar para o motorista de caminhão, percebe-se que a constante exigência de exaustivas horas de trabalho podem consequentemente, ocasionar prejuízos à saúde e a vulnerabilidade a acidentes e patologias (ALESSIA; ALVES, 2015). Uma pesquisa realizada com motoristas de caminhão por Giroto et al. (2016) revelou que 63,3% dos entrevistados relataram algum problema de saúde como por exemplo: dores crônicas em membros superiores, inferiores e região, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, hemorroidas e diabetes mellitus, bem como o uso de medicamentos pelos mesmos. Estes resultados que apontam necessidade de ações de educação em saúde para estes trabalhadores.

Portanto, o trabalho de saúde a ser realizado e direcionado para sujeitos de populações invisíveis como os motoristas de caminhão tende a despertar os discentes e docentes para a sensibilidade e o embasamento necessário para essa atuação.

Conclusão

A agregação de conhecimentos e saberes de discentes e docentes de diferentes áreas de formação tende oferecer qualidade não apenas para o oferecimento de um evento com diversos olhares como contribuir para a formação destes protagonistas.

A subsunção de graduandos e pós-graduandos em espaços extra universitários, para abarcar novas possibilidades de ensino-aprendizagem, fazem-se potentes para a realização de práticas reflexivas e (trans)formadoras, a partir do pressuposto de que a inserção discentes e docentes em outras dimensões reais da vida pode contribuir na mudança de olhar para ações educativas e de promoção de saúde.

Torna-se necessária a sensibilidade dos sujeitos envolvidos na formação para a oportunidade, planejamento e organização de ações educativas na comunidade e a reflexão do impacto de ações como essa para a formação além do tecnicismo e do olhar biomédico.

Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, v. 6, n.1, p. 117-21,2008.

ALESSI, A.; ALVES, M.K. Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 129-136, 2015.

AZEVEDO, I. C. et al. Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p.1048-56, 2014.

BEZERRA, I. M. P et al. O fazer dos profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**,v. 24, n.3, p. 255-262, 2014.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n. 2, p.115-20, 2012.

COLOMÉ, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 177-184, Mar. 2012 .

DELFINO, Livia Guimarães; MORAES, Thiago Drumond. Percepções sobre adoecimento para caminhoneiros afastados pelo sistema de previdência social. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 6, n. 2, p. 113-137, dez. 2015.

FALKENBERG, M. C. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. & Saúd. Col.**, v.19, n.3, p.847-852, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 49.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIROTTO, E. et al. Uso contínuo de medicamentos e condições de trabalho entre motoristas de caminhão. **Ciênc. & Saúd. Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3769-3776, 2016.

HORA, D.L; SOUSA, C.T.V. Ensino na saúde: propostas e práticas para a formação acadêmico pedagógica de docentes. **Rev. Eletron. de Comum. Inf. Inov.**, Saúde, v. 9, n.4, 2015.

JESUS, I.S; SENA, E.L; ANDRADE, L.M. Aprendizagem nos espaços informais e ressignificação da existência de graduandos de enfermagem. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, v. 22, n.5, p, 731-738, 2014.

LEITE, M.M.J.; PRADO, C.; PERES, H.H.C. **Educação em saúde**: desafios para uma prática inovadora. São Paulo: Difusão Editora, 2010.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Health Promotion and Critical Education. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.235-48, 2012.

MASCARENHAS, M.D.M; BARROS, M.B.A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**,

v.18, n.4, p.771-784, 2015.

MASSON, V.A; MONTERO, M.I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.4, p.533-540, 2010.

MORAES, P. D. A. **Momento decisivo para o sistema de transporte e para o Brasil: Desenvolver-se ou não? Salvar vidas ou não? Atender a sociedade ou não?**. Disponível em http://www.trt7.jus.br/trabalhoseguro/arquivos/files/acervo/apresentacoes/audiencia_publica_lei_dos_motoristas/Momento_decisivo_para_o_sistema_de_transporte_brasileiro_e_para_o_Brasil.2012.pdf. Acesso em: 21 mai 2018.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5ª ed. São Paulo, Brasília DF: Cortez / UNESCO, 2002. 118p.

NOGUEIRA, I. S.; VERGAÇAS, H. M.; SANTOS, L. F.; CYPRIANO, P. E.; MORENO,

M. G.; LIMA, S. O.; BALDISSERA, V. D. A. **A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas**. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 19, n. 1, p, 11-17, jan./abr. 2015.

PEREIRA, F.G.F et al. Práticas educativas em saúde na formação de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.20, n. 2, p. 332-337, 2015.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipe de saúde da família. **Cien Saúde Colet.**, v. 17, n. 7, p. 1825-32, 2012.

PINHEIRO, et al. Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em enfermagem. **Rev. Rene**, v.17, n.4, p.545-552, 2016.

RAMOS, B.H et al. Condições de vida, trabalho e saúde de motoristas de transporte de cargas. **Rev enferm UFPE on line.**, n.12, v.1, p.150-9, 2018.

SILVA, E. A. L. et al. Os Projetos PET-Saúde e Pró-Saúde na indução de mudanças para a formação profissional. In: VERA, S. et al. (Orgs.). **Universidades e redes de atenção à saúde**. Cruz das Almas: UFRB, 2016. p. 19-35.

SILVA, L.G et al . Vínculos empregatícios, condições de trabalho e saúde entre motoristas de caminhão. **Rev. Psicol.Organ. Trab.**,v.16, n. 2, p. 153-165, 2016.

TEIXEIRA, M.L.P, FISCHER, F.M. Acidentes e doenças do trabalho notificadas, de motoristas profissionais do Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**,

v.22, n.1, p. 66-78, 2008.

TOLEDO, R. F. de.; PELICIONI, A. F.; ZOMBINI, E. V. Práticas educativas no contexto da promoção da saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Orgs.). **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. Ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 457-483.

VELLOSO, M. P et al. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14 n.1, p. 257-271, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on Road Safety 2013**: Supporting a Decade of Action. Geneva: WHO; 2013.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PRE-ESCOLARES E ESCOLARES COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO À INSTALAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE BOCA

Lidiane de Jesus Lisboa¹
Marília de Matos Amorim²
Ana Carla Barbosa de Oliveira³
Alessandra Laís Pinho Valente Pires⁴
Valéria Souza Freitas⁵

RESUMO

O câncer de boca é uma neoplasia de etiologia multifatorial que tem seus principais fatores de risco de ordem comportamental e de estilo de vida, com destaque para o uso de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Levando em consideração a vulnerabilidade de crianças e adolescentes e o ambiente escolar como fundamental para o processo de ensino-aprendizagem e desenvolvimento de hábitos promotores de saúde, a educação em saúde destaca-se como uma importante ferramenta de prevenção dos hábitos considerados como fatores de risco para doença. Neste sentido, o presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência de atividades educativas realizadas em ambiente pré-escolar e escolar do município de Feira de Santana. Foram realizadas oito intervenções utilizando metodologias ativas e abordagens lúdicas de acordo com as faixas etárias trabalhadas, o público alvo reuniu crianças e adolescentes de 01 a 12 anos de quatro instituições diferentes, totalizando, aproximadamente 115 crianças e adolescentes. Através de uma metodologia participativa e reflexiva a comunidade escolar foi favorecida positivamente, as atividades permitiram as crianças e aos adolescentes reflexões acerca do auto-cuidado, podendo conduzi-los em um processo de mudança de comportamento e assim influenciar diretamente em seu projeto de vida.

Palavras-chave: educação em saúde, fatores de risco, câncer de boca

ABSTRACT

¹ Cirurgiã-dentista; Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). E-mail: Lisboa_lidi@hotmail.com

² Cirurgiã-dentista; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Doutoranda em Saúde Coletiva. E-mail: Amorim.mah@hotmail.com

³ Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: anacarla.ufba@gmail.com

⁴ Cirurgiã-dentista; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Doutoranda em Saúde Coletiva. E-mail: lecavalent@hotmail.com

⁵ Cirurgiã-dentista; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Doutora em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Professora do Quadro Permanente do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UEFS. E-mail: Valeria.souza.freitas@gmail.com

Mouth cancer is a neoplasm of multifactorial etiology that has as main risk factors the behavior and lifestyle, with emphasis on tobacco use and alcohol consumption. Taking into account the vulnerability of children and adolescents and the school environment as fundamental to the teaching-learning process and development of health promoting habits, health education stands out as an important tool to prevent habits considered as risk factors for disease. In this sense, the present study has the objective of reporting the experience of educational activities carried out in pre-school and school environment of the municipality of Feira de Santana. Eight interventions were carried out using active methodologies and playful approaches according to the age groups worked, the target group gathered children and adolescents from 1 to 12 years old from four different institutions, totaling approximately 115 children and adolescents. Through a participatory and reflective methodology, the school community was positively favored. The activities allowed the children and adolescents to reflect on their self-care, being able to lead them in a process of behavior change and thus directly influence their life project.

Keywords: health education, risk factors, mouth cancer.

Introdução

O câncer de boca é considerado um grave problema de saúde pública em todo o mundo, sendo classificado como a sexta neoplasia mais freqüente. Dados mundiais mostram que a estimativa por ano desta neoplasia é de 275.000 novos casos, sendo que dois terços desses casos ocorrem em países em desenvolvimento (FERLAY et al, 2005; WARNAKULASURIYA, 2009). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a estimativa para o biênio de 2018-2019 foi de 11.200 novos casos da doença em homens e 3500 em mulheres no Brasil, tais valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens e 3,28 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018).

A doença é considerada de etiologia multifatorial envolvendo diversos fatores de risco para a sua instalação, dentre eles, o consumo de tabaco e uso abusivo de bebidas alcoólicas são descritos como os principais fatores de risco para a doença, sendo estes responsáveis por 80% dos casos (PETTI, 2009). Sua freqüência é maior entre a quinta e sexta década da vida em indivíduos expostos aos principais fatores de risco, no entanto, tem se observado o aumento da incidência em indivíduos jovens, com idade igual ou inferior a 45 anos (IAMAROON et al., 2004; PATEL et al., 2011; FANG et al., 2014; HUSSEIN et al., 2017).

Apesar do papel uso do tabaco e consumo de bebidas alcoólicas no desenvolvimento da doença neste grupo etário ser controverso na literatura, uma vez que tais fatores de risco precisam de um longo tempo de exposição para desenvolver a doença, alguns estudos relatam que o consumo de tabaco começa na adolescência (LLEWELLYN et al., 2001), na idade escolar, o que torna provável que, antes dos 40 anos, os indivíduos tenham um risco acumulado de mais de 21 anos de consumo, sendo mais suscetível ao desenvolvimento do câncer de boca (MAJCHRZAK et al., 2014). Além disso, o início do tabagismo em idade precoce pode estar relacionado ao aumento da chance de uso de outras substâncias psicoativas, como o consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas (OMS, 2008).

Algumas pesquisas realizadas no Brasil mostram o alto índice de escolares consumidores de tabaco e álcool. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada no Brasil em 2012, onde foram entrevistados 109.104 escolares do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série), de 2.842 escolas públicas e privadas de todo o território brasileiro, revelaram que entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental, a experimentação do cigarro foi de 19,6%, sendo a maior frequência de experimentação observada na Região Sul (28,6%) e a menor, na Região Nordeste (14,9%) (BRASIL, 2012). A experimentação da bebida alcoólica também foi avaliada na PeNSE indicando que 66,6% dos escolares já haviam testado bebidas alcoólicas, sendo esse consumo maior nas Regiões Sul (76,9%) e Centro- Oeste (69,8%) e menor nas Regiões Norte (58,5%) e Nordeste (59,6%) (BRASIL, 2012).

Outros fatores também são citados como fatores de risco para a doença. A dieta pode estar relacionada à ocorrência da doença, alguns estudos também relacionam o comportamento sexual e a infecção pelo vírus HPV também como um fator de risco, principalmente em jovens. Além disso, a exposição a radiação ultra violeta (UV) está relacionada ao câncer de lábio (RIGEL, 2008; PETTI, 2009; KAMINAGAKURA et al 2012).

Levando em consideração a vulnerabilidade de crianças e adolescentes, bem como o papel da escola como ambiente importante de referência para o processo de desenvolvimento saudável, além de um lugar de formação e de inclusão social, transmissão de conhecimento e de desenvolvimento de hábitos promotores da saúde física e emocional, o público de idade escolar é um público alvo para prevenir a não instalação dos hábitos considerados como fatores de risco para a doença (SAITO, 2000; MOREIRA, SILVEIRA & ANDREOLI, 2006). Desta forma, a

estratégia de educação em saúde refere-se a um processo político pedagógico, crítico e reflexivo que permite o profissional adentrar na realidade do usuário e após apreciar a realidade em que os indivíduos estão inseridos estimular a autonomia sobre o cuidado com a saúde individual, familiar e coletiva (FALKENBERG et al, 2013).

Neste sentido, a educação em saúde em escolares pode refletir um grande papel na prevenção dos hábitos considerados como fatores de risco para o câncer de boca e outras doenças crônicas não transmissíveis. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de atividades educativas realizadas em escolas e creches públicas do município de Feira de Santana como estratégias de prevenção à instalação de fatores de risco para o câncer de boca.

Metodologia

Trata-se de um artigo de relato de experiência desenvolvido a partir das atividades de extensão realizadas pelo Núcleo de Câncer Oral (NUCAO) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O NUCAO é um núcleo de pesquisa vinculado ao curso de Odontologia da Universidade e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da mesma que desenvolve atividades de pesquisa e extensão voltadas para prevenção e controle do câncer boca e lesões potencialmente malignas no município de Feira de Santana e cidades circunvizinhas.

O grupo de extensão intitulado “Ciranda” realizou atividades de intervenção em creches e escolas do município de Feira de Santana com o objetivo de levar informações e assim diminuir, em idade precoce, a instalação e/ou presença dos fatores de risco para o câncer de boca. Sendo uma doença de etiologia multifatorial, enfocamos através de atividades de educação em saúde, os fatores como hábitos alimentares, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, comportamento sexual (tendo em vista a relação entre o HPV e o câncer de boca) e exposição solar (relacionado ao câncer de lábio).

Foram selecionadas por conveniência quatro instituições: A Escola Pai e Mãe, o Centro Municipal de Educação Infantil Agnaldo Ferreira Marques, ambas localizadas no conjunto Feira VI; a Associação Cristã Feminina, no bairro São João e o Centro de Educação Básica da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEB-UEFS), localizado no bairro Cidade Nova. Estas instituições de ensino trabalham com

educação infantil e ensino fundamental, permitindo que trabalhemos com crianças e adolescentes.

Iniciamos as atividades fazendo uma visita às possíveis unidades escolares de atuação do grupo, na qual entregamos o ofício de apresentação e preenchemos o formulário para conhecimento da rotina escolar de cada unidade e o perfil do público, a fim de confeccionar o material de trabalho com base na faixa etária de cada grupo escolar. Na oportunidade, definimos dias e horários mais adequados para as atividades.

A partir dos formulários com os dados coletados nas instituições escolhidas foi possível elencar três faixas etárias principais para a realização do trabalho, a saber: 01 a 05 anos, 06 a 10 anos e 11 a 17 anos. Essas faixas etárias, além de se diferenciarem em idades, apresentam também necessidades e peculiaridades únicas e específicas de cada contexto, com isso, os materiais e métodos de abordagem diferiram-se uns dos outros.

Em oficinas e reuniões prévias foram desenvolvidos todos os materiais didáticos e planejadas todas as atividades de acordo com as faixas etárias. As atividades foram realizadas de Maio de 2017 a Dezembro de 2017. A equipe contou com estudantes de graduação bolsistas e voluntários do Núcleo, bem como pesquisadores, mestrandos e doutorandos.

Resultados e discussão

Utilizando uma metodologia ativa com abordagem lúdica e descomplicada dos temas atividades de educação em saúde envolvendo os principais fatores de risco para o câncer de boca foram planejadas nas quatro instituições, tendo como público alvos pré-escolares e escolares.

A escolha por esse público alvo se justifica no fato de entender que a criança e o adolescente ao adquirir um conhecimento, podem reproduzir por sua vida, além de sensibilizar os pais, atuando como multiplicadora da saúde. Desta forma Pentecost, Seabra e Bicudo – Pereira (1996) juntamente com Melo et al. (2017) destacam que o período compreendido entre o final do primeiro e terceiro ano de vida representa a fase de organização e formação de hábitos, ainda com sensível dependência familiar,

entendendo esta como o agente primário de socialização do ser humano.

Além disso, Oliveira et al. (2009) corrobora neste sentido e reitera que ao observar as práticas de Educação em Saúde realizadas na região de saúde de Marúpe, no município de Vitória - Espírito Santo, concluiu que o desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência as crianças e adolescentes merece ser priorizado e planejado com o objetivo de promover mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas.

Assim, foram realizados oito encontros, cada um com duração de aproximadamente 45 minutos, para turmas do grupo 3 ao 5º ano do ensino fundamental, participando um total de 115 crianças e adolescentes, abrangendo a faixa etária de 3 a 12 anos.

As ações educativas desenvolvidas com as crianças do Centro Municipal de Educação Infantil Agnaldo Ferreira Marques (faixa etária de 01 a 05 anos) foram norteadas pela reflexão acerca do autocuidado e sobre a tomada de decisão em relação à sua própria saúde, com foco na prevenção do câncer de boca. Assim, foi apresentado com o auxílio de fantoches os temas como tabagismo, alcoolismo e exposição solar, essas apresentações eram acompanhadas de um musical sobre o tema e orientações de higiene oral.

Estas metodologias foram utilizadas, pois de acordo com Oliveira e colaboradores (2009), a educação, como prática transformadora e humanizante, deve considerar que o saber do outro favorece espaço para reflexão com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem a mudança de atitude. A educação em saúde é um espaço para construção e troca de conhecimento, respeitando os saberes populares e incrementando-os com conhecimento científico a fim de obter como resultado final a implementação de atitudes e costumes que reflitam para o bem-estar e a saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Durante a realização das atividades educativas além da transmissão das informações acerca da nocividade dos fatores de risco os participantes do grupo construíam espaços para discussão e apresentação dos saberes prévios existentes acerca do tema, desta forma foi possível estabelecer um vínculo e proporcionar a agregação de conhecimento.

A realização de atividades educativas com pré-escolares e escolares deve ser desenvolvida, pois de acordo com Rodriguez; Kolling e Mesquida (2007, p.61):

Entende a educação como um processo de humanização que se dá ao longo de toda a vida, de muitos modos diferentes, ocorrendo em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola, entre outros. Além de um processo infinito, que acontece em múltiplos espaços e diferentes situações da vida, compreende-se que a educação está ligada à aquisição e articulação do conhecimento popular e científico, entendido como uma reorganização, incorporação e criação do conhecimento.

Corroborando neste sentido o Ministério da Saúde (2006) apresenta que a educação em saúde é:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Assim destaca-se o papel da educação em saúde como processo formador de novos sujeitos na saúde a partir da junção do saber científico e do saber empírico. Durante a realização das atividades ficou evidente o interesse das crianças em participar dos encontros, uma vez que indagavam sobre o tema e data das próximas atividades, além dos questionamentos sobre o tema, que mostram seu conhecimento prévio ao assunto, o que exige de nós uma forma diferente de abordar a educação em saúde, sem, no entanto, menosprezar ou considerá-las incapazes de compreender e refletir (GOMES et al., 2015).

Com os pré-adolescentes e adolescentes a metodologia utilizada buscou fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor, para, assim, ocorrer uma melhor relação estes e profissional/estudante da saúde, podendo favorecer a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Com isso, percebemos que os pré-adolescentes e adolescentes integram um público bastante vulnerável, que precisa de uma atenção diferenciada, mas que acima de tudo, anseiam ser tratados com responsabilidade, pois já não se consideram mais crianças (GOMES et al., 2015).

Diante disso, nos chamou a atenção a necessidade de inovação e atualização das dinâmicas a serem utilizadas nas oficinas com este grupo, o que demandou maior tempo para serem pensadas e articuladas, pois percebemos que a maior participação era condicionada à prática de atividades que não os remetiam à infância, havendo necessidade, por vezes, de repensar estratégias, em busca da qualidade na assistência no transcorrer das ações de educação em saúde.

Para alcançar o objetivo das ações de educação em saúde é evidente a necessidade de integração entre a comunidade escolar e universitária, para que, com apoio, respeito e busca de uma atividade integradora e interdisciplinar, a criança e adolescente possa desenvolver um viver saudável. Desse modo, como ressalta Gomes et al. (2015)

Não existe uma receita pronta para um projeto de educação em saúde funcionar com êxito, mas com certeza, um de seus ingredientes principais é a existência de interação e apoio entre as partes envolvidas no processo.

Se tratando de câncer de boca, para o controle desta doença são necessárias estratégias de prevenção primária, que visam a eliminar ou reduzir os fatores de risco para a doença e estratégias de prevenção secundária, que têm por objetivo detectar precocemente lesões potencialmente malignas ou câncer em estágios iniciais, impactam na redução da incidência e da mortalidade pela doença (BRASIL 2014).

Levando em consideração que os fatores de risco para o câncer de boca, bem como outras doenças crônicas não transmissíveis, são, em sua maioria, de origem comportamental, tais como tabagismo, etilismo, dieta e comportamento sexual, trabalhar educação em saúde nesta perspectiva é considerada uma estratégia de prevenção primária.

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), destaca em um informativo de detecção precoce (2014):

Considerando que os principais fatores de risco para a doença podem ser evitados, algumas medidas de prevenção primária são de grande relevância para diminuir a incidência da doença e devem ser implementadas. Entre elas, destacam-se: Políticas e ações de prevenção da iniciação e de estímulo à cessação do tabagismo, de limitação do consumo de bebidas alcoólicas e de promoção do consumo diário de pelo menos cinco porções de frutas, legumes e verduras e divulgação de orientações e informações sobre a importância de evitar a exposição solar.

Assim como a educação em saúde exerce uma importante estratégia para mudanças comportamentais e instalação de fatores de risco para doenças como câncer de boca, a atuação em educação em saúde tem um papel essencial na construção do futuro profissional, pois segundo de Melo Pereira et al. (2017) a educação em saúde é um eixo da educação permanente em saúde (EPS), possibilitando assim que o profissional melhore seus conhecimentos técnico-científicos, favorecendo-o no desempenho de suas ações, uma vez que deve continuamente introduzir novas metas, conteúdos e métodos de ensino que atendam às necessidades dos indivíduos

assistidos. O que corrobora com Sebold et al. (2010), que diz:

A formação de profissionais críticos e reflexivos no setor saúde é urgente e necessária, para assim atuar e transformar a realidade social do seu cotidiano, minimizando injustiças e desigualdades, em busca da qualidade de vida da população, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, nossas atividades favoreceram tanto a comunidade escolar, como a comunidade acadêmica, fortalecendo vínculos e minimizando barreiras entre estes no âmbito da promoção e prevenção, proporcionando também ao estudante de graduação o contato direto com educação em saúde, de modo que tal prática seja continuada após a sua formação acadêmica.

Para dar continuidade às ações desenvolvidas no decorrer do ano de 2018, com muito entusiasmo, a equipe se prepara para retornar ao espaço escolar, desbravar novos horizontes, em busca do viver saudável, reduzindo, na infância e na adolescência da comunidade assistida, os fatores de risco para o câncer de boca.

Considerações finais

A educação em saúde é uma importante ferramenta de prevenção e promoção à saúde que deve provocar, nos indivíduos, a atitude de pensar e repensar os seus hábitos e estilo de vida, conduzindo-os a modificar a sua realidade para diminuição de suas vulnerabilidades. Embasando-se nessa proposta é que o grupo Ciranda tem buscado a prevenção dos hábitos considerados como fatores de risco para o câncer de boca. Neste sentido, ressalta-se a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar com conhecimentos técnico-científicos e metodologia participativa e reflexiva adquiridos na formação básica e complementar que atuem positivamente na educação em saúde em escolares, conduzindo o indivíduo em um complexo processo de mudança de comportamento em médio e longo prazo que influenciarão diretamente em seu projeto de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de

Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1634&n=1&s=5 &t=2>> Acesso em: Maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>> Acesso em: Abril de 2018. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Informativo detecção precoce**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2014_errata2.pdf. Acesso em: maio de 2018. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>. Acesso em: Abril de 2018. 2012.

COLOME, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm**. [online]. V. 21, n.1, p. 177-184, 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.19, n.3, pp. 847-852, 2014.

FANG, Qi-Gen et al. Tongue squamous cell carcinoma as a possible distinct entity in patients under 40 years old. **Oncology letters**, v. 7, n. 6, p. 2099-2102, 2014.

FERLAY, Jacques et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004. **Valero–Malaria in Colombia**, v. 195, 2005.

GOMES, Angela Maria et al. Refletindo sobre as práticas de educação em saúde com crianças e adolescentes no espaço escolar: um relato de extensão. **Revista Conexão**

UEPG, v. 11, n. 3, 2015.

HUSSEIN, Aisha A. et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. **European Journal of Cancer**, v. 82, p. 115-127, 2017.

IAMAROON, Anak. et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 33, n. 1, p. 84-88, 2004.

KAMINAGAKURA, Estela et al. Case-control study on prognostic factors in oral squamous cell carcinoma in young patients. **Head & neck**, v. 32, n. 11, p. 1460-1466, 2010.

LLEWELLYN, Carrie; JOHNSON, Newell; WARNAKULASURIYA, Saman. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people—a comprehensive literature review. **Oral Oncology**, v. 37, n. 5, p. 401-418, 2001

MAJCHRZAK, Ewa et al. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: a review of the literature. **Radiology and oncology**, v. 48, n. 1, p. 1-10, 2014.

MELO, Karen Muniz et al. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 807-816, 2006.

OLIVEIRA, Carla Braga et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 635-644, 2009.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório de OMS sobre a Epidemia**

Global de Tabagismo. Pacote MPOWE. 2008. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf. Acesso em Abril de 2018.

PATEL, Sagar C. et al. Increasing incidence of oral tongue squamous cell carcinoma in young white women, age 18 to 44 years. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 11, p. 1488-1494, 2011.

PENTEADO, Regina Zanella; SEABRA, Mônica Nicolau; BICUDO-PEREIRA, Isabel Maria T. Ações educativas em saúde da criança: o brincar enquanto recurso para participação da família. **Journal of Human Growth and Development**, v. 6, n. 1-2, 1996.

DE MELO PEREIRA, Mayara et al. Educação em saúde para famílias de crianças/adolescentes com doença crônica [Health education for families of children and adolescents with chronic diseases][Educación en salud para familias de niños/adolescentes con enfermedad crónica]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 4343, 2017.

PETTI, Stefano. Lifestyle risk factors for oral cancer. **Oral oncology**, v. 45, n. 4, p. 340-350, 2009.

RIGEL, Darrell S. Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 58, n. 5, p. S129-S132, 2008.

RODRIGUEZ, Carlos Arteaga; KOLLING, Marcelo Garcia; MESQUIDA, Peri. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev bras educ med.** v. 31, n. 1, p. 60-6, 2007. SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. **Pediatria (São Paulo)**, v. 22, n. 3, p. 217-9, 2000.

SEBOLD, Luciana Fabiane et al. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2010.

WARNAKULASURIYA, Saman. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral oncology**, v. 45, n. 4, p. 309-316, 2009.

ENTENDIMENTO DE IDOSOS COM DIABETES SOBRE A DOENÇA: IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Andrea dos Santos Souza¹

Edméia Campos Meira²

Isleide Santana Cardoso Santos³

Nathielle Brasileiro de Souza Rocha⁴

Caliana Beatriz de Aguiar Barbosa⁵

Resumo

Diabetes é uma das doenças crônicas mais comuns em idosos. No entanto, o conhecimento sobre a experiência de adoecimento nesta população, ainda é escasso no contexto brasileiro. Conhecer as explicações dos usuários com diabetes sobre a doença é relevante no planejamento de práticas educativas em saúde. Estudo qualitativo com objetivo de identificar como os idosos explicam o diabetes, analisando suas implicações para as práticas educativas em saúde. Participaram vinte idosos de ambos os sexos, com diagnóstico de diabetes tipo 2, por meio de entrevista semiestruturada. As informações foram tratadas pelo método de análise de conteúdo e analisadas à luz do conceito de modelos explicativos de Kleinman. O diabetes foi interpretado como açúcar no sangue e utilizadas metáforas como doença maldita e traiçoeira. As causas apresentadas foram múltiplas e coexistentes, relacionadas a aspectos comportamentais, sobrenaturais, biológicos ou desconhecidos. Conviver com o diabetes por toda a vida oportuniza ao adoecido construir e reconstruir inúmeras formas de pensar a doença. O caráter duradouro da doença e seu impacto nas múltiplas dimensões humana reivindicam a implementação de práticas de educação em saúde de modo imprescindível e contínuo.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Cultura; Educação em saúde.

Abstract

Diabetes is one of the most common chronic diseases in the elderly. However, knowledge about the experience of illness in this population is still scarce in the Brazilian context. Knowing the explanations of users with diabetes about the disease is relevant in the planning of health educational practices. A qualitative study aimed at identifying how the

¹Doutora em Enfermagem UFBA. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; andreassouza75@gmail.com

²Doutora pelo Programa Memória: Linguagem e sociedade UESB. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; edmeiameira@yahoo.com.br

³Mestre em Enfermagem UFBA. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; isleide71@yahoo.com.br

⁴Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista IC/FAPESB (2016-2017); nathi.brasileiro2@hotmail.com

⁵Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Voluntária IC/UESB (2016-2017); cali_aguiar@hotmail.com

elderly explain diabetes, analyzing its implications for health education practices. Twenty elderly people of both sexes, diagnosed with type 2 diabetes, participated through a semi-structured interview. The information was treated by the content analysis method and analyzed in light of Kleinman's concept of explanatory models. Diabetes was interpreted as blood sugar and used metaphors as damn and treacherous disease. The causes presented were multiple and coexistent, related to behavioral, supernatural, biological or unknown aspects. Living with diabetes for a lifetime entitles the sick to build and rebuild countless ways of thinking about disease. The enduring nature of the disease and its impact on the multiple human dimensions demand the implementation of health education practices in an essential and continuous way.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Culture; Health education.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência e morbimortalidade, de elevado custos para o sistema de saúde, sociedade, para a pessoa com diabetes e sua família cuidadora. Em todo o mundo, o DM atinge cerca de 327 milhões de pessoas com idade entre 20 e 64 anos e já são mais de 122 milhões de pessoas de 65 a 99 anos, afetadas pela doença (IDF, 2017). Metade das pessoas acometidas pelo Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tem mais de 60 anos. O DM em idosos aumenta o risco de prejuízo na capacidade funcional e se não controlado adequadamente resultará em complicações graves como cegueira, falência renal, amputação de membros, infarto e acidente vascular encefálico, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida (RAMOS et al., 2017).

O aumento da prevalência do DM está associado ao envelhecimento populacional, a rápida urbanização, adoção de um estilo de vida predominantemente sedentário e com ingestão de alimentos industrializados, excesso de peso, bem como da maior sobrevivência das pessoas com DM (SBD, 2017).

Sob o ponto de vista da biomedicina, Diabetes é “um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação, na secreção de insulina ou em ambas” (SBD, 2015a, p.5). A insulina é um hormônio pancreático, regulador dos níveis circulantes de glicose, que tem como efeito principal facilitar o transporte e captação da glicose pelas células sensíveis a insulina (hepáticas, musculares e adiposas).

Conviver com o DM requer mudança no estilo de vida e controle rigoroso da glicemia por meio da adoção de uma dieta saudável, prática de atividade física e uso diário de medicamentos. Assim, o caráter duradouro da doença, exige esforço por parte da pessoa acometida e apoio social para lidar com a doença de tão longa duração. Esse aprendizado necessário para alcançar e manter a qualidade de vida se dá por meio da educação em saúde, ferramenta indispensável para obter informações sobre a doença, as modalidades terapêuticas e tecnológicas disponíveis e ainda, acessar recursos para o enfrentamento nos momentos de crise que surgem no curso da doença e desenvolver habilidades para o autocuidado.

As práticas educativas para pessoas com diabetes têm por princípio a centralidade da pessoa e sua autonomia com vistas a mudanças positivas de comportamento, envolvendo também a participação dos familiares, da comunidade e dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a educação em saúde requer competência cultural que possibilita a pessoa estar aberta para o diferente, saber ouvir, encorajar e negociar (SBD, 2017). As ações educativas desenvolvidas devem respeitar as experiências singulares de vida, oferecendo instrumentos necessários para a tomada de decisões que favoreçam a melhora dos resultados clínicos, adaptação a um estilo de vida saudável e engajamento para a prevenção e o manejo de complicações agudas e crônicas. Trata-se, portanto, de um processo contínuo.

A educação em saúde integra saberes científico e do senso comum e pode ser visualizada como um dispositivo que aguça a consciência sobre a responsabilidade e os direitos à saúde. Portanto, educação em saúde não se constitui em mera transmissão vertical de conhecimento (embora se admita haver uma herança desse modelo cartesiano), mas em ações que viabilizam o pensamento crítico, reflexivo com participação efetiva dos envolvidos nas decisões que dizem respeito ao cuidado (FERREIRA et al., 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) preconiza que no cuidado à pessoa com doença crônica seja adotado um modelo centrado no usuário, articulado em redes, com ações desenvolvidas por equipe multiprofissional cuja atuação seja territorial, respeitando às necessidades de saúde das respectivas populações. Seguindo este raciocínio, é de fundamental importância para o planejamento de ações em saúde, conhecer o diabetes sob a perspectiva da pessoa idosa, sobretudo visando compreender a sua experiência com a doença incluindo a maneira como percebe e explica a origem da doença.

O Modelo Explicativo constitui em um conceito proposto pelo médico norte-americano Arthur Kleinman para acessar a subjetividade da pessoa com enfoque nas experiências, nos significados e sentimentos em relação à condição crônica. O autor distingue em relação à doença, o ponto de vista biomédico (*disease*), do ponto de vista leigo dos adoecidos (*illness*), apreendendo as noções destes últimos sobre a doença e seu tratamento, empregados no processo clínico (HELMAN, 2003).

Desse modo questiona-se: como os idosos explicam o diabetes e quais as implicações deste saber para as práticas educativas em saúde?

Partindo-se do pressuposto que a formação cultural influencia, em parte, as atitudes frente à doença e considerando o contexto socioeconômico e cultural do usuário para o sucesso no gerenciamento do DM, esta pesquisa tem por objetivo: identificar como os idosos explicam o diabetes, analisando suas implicações para as práticas educativas em saúde.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, desenvolvida em Jequié-BA. Os participantes do estudo foram 20 pessoas idosas com DM2. Adotaram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a sessenta anos, possuir diagnóstico médico de DM2 estabelecido por um período mínimo de um ano, serem cadastrados no Serviço de Diabetes de um Centro de Saúde da área urbana do município e não apresentar déficit cognitivo na avaliação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM).

A unidade selecionada para recrutar os participantes é de fácil localização e se constitui em lócus para as práticas de campo de universidade, faculdades e cursos para formação técnica em saúde, estabelecidos na cidade. Além disso, possui implantado o atendimento às pessoas com DM há quase vinte anos, com uma ampla clientela frequentando o serviço. O atendimento às pessoas com DM funciona nos turnos matutino e vespertino, com a participação de enfermeiras, médicos clínicos, nutricionista e agentes comunitários de saúde. As ações desenvolvidas são, predominantemente, de enfoque biomédico, individual ou com participação do familiar e segue orientações contidas no protocolo do Ministério da Saúde. Não existem atividades de grupos sendo desenvolvidas no estabelecimento de saúde de modo contínuo e sistematizado.

O encontro com os participantes, em sua maioria, se deu a partir de convite pessoal, individual, na sala de espera do serviço de diabetes. No entanto, outros métodos de acesso foram utilizados, de modo complementar, tais como: visita domiciliar de pessoas com diabetes localizadas a partir do registro de cadastramento no serviço; indicação por parte dos idosos participantes, de outros que conviviam com a mesma condição crônica e por intermédio de agente comunitária de saúde que disponibilizou dados de sua microárea atualizados com o endereço dos idosos com DM2. Os idosos abordados eram esclarecidos sobre a pesquisa e indagados se aceitavam participar da mesma. Em seguida foram agendadas as visitas no domicílio, no dia e horários indicados por eles, de acordo com a sua disponibilidade, para que a entrevista sucedesse de forma voluntária e privativa.

A coleta de informações foi realizada no período de setembro de 2016 até março de 2017, por duas bolsistas de iniciação científica previamente capacitadas para tal atividade. As entrevistas semiestruturadas foram precedidas pela aplicação do MEEM, para avaliar as condições mentais e cognitivas. Na sequência, foi aplicado o questionário com quesitos de caracterização sociodemográfica, história familiar, estado de saúde e cuidados aplicados à enfermidade em seu cotidiano. As questões da entrevista consideraram o objetivo proposto e estiveram relacionadas à experiência de adoecimento no que tange aos significados, entendimento e crenças sobre a doença. Para definição do encerramento das entrevistas utilizou-se o critério de saturação de dados, quando há repetições de respostas dos sujeitos nas entrevistas (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). No total foram realizadas 20 entrevistas, uma para cada participante, cujo tempo variou de 30 minutos a 1h20 minutos, todas concedidas no domicílio. Os registros foram realizados por meio de um gravador de voz digital e a transcrição respeitou os discursos na íntegra.

Para a interpretação dos dados foram seguidas as etapas da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (BARDIN, 2011). As informações foram submetidas a sucessivas leituras flutuantes, seguida de registro de observações dos elementos estruturantes, convergentes, temáticas afins e contradições. Em seguida, foram agrupadas em arquivos diferentes as temáticas afins, facilitando a identificação em subconjuntos de dados, dos elementos que retrataram a interpretação dos idosos sobre o tema em questão. A discussão dos resultados foi norteadada pelos conceitos de Modelos Explicativos de Arthur Kleinman.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, parecer nº: 1.535.559 e os idosos assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e os que eram analfabetos colocaram a impressão dactiloscópica. A fim de preservar a identidade dos participantes foram utilizados pseudônimos.

Resultados e discussão

O grupo estudado foi composto por 20 pessoas, de ambos os sexos, 17 mulheres e 03 homens. A idade variou de 60 a 86 anos, recebiam em média um salário mínimo por mês (R\$ 937,00 no período de coleta de informações), predominantemente católicos (15), dentre os quais, 08 tinham história familiar de DM. Em se tratando do tempo de diagnóstico, 11 idosos afirmaram conviver com o DM2 por tempo igual ou superior a dezesseis anos. Quanto à escolaridade, predominou o tempo de 1 a 4 anos de estudo e 5 não eram alfabetizados. No que tange à ocupação, referiram realizar atividades como donas de casa, costureira e catador de latas. Constatou-se que 13 eram aposentados e viviam com a família, algumas delas exercendo o papel de cuidadoras de filhos e esposos deficientes visuais, com distúrbios mentais, entre outros problemas.

Entre os idosos investigados foram predominantes os relatos de uma vida marcada por dificuldades relativas à afetividade, a moradia e emprego dignos, ao acesso aos serviços de saúde e, principalmente de poder frequentar uma escola. Estes problemas retratam a influência dos determinantes sociais na qualidade de vida e saúde dos participantes destacando o triste retrato das desigualdades sociais, tão marcantes no Brasil. Nesse sentido, esclarece Canesqui (2007, p.20), sobre os aspectos macroestruturais na construção da experiência dos adoecidos crônicos, nos quais se enquadram as pessoas com diabetes: “a experiência também se molda por um conjunto de externalidades, referido às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas.

Para explicar o diabetes, os adoecidos definiram como açúcar no sangue e recorreram a metáforas como doença maldita e traiçoeira que reforçam o seu caráter negativo. O uso de metáforas é um dos recursos utilizados na comunicação, os quais indicam conceitos elaborados a partir de sua experiência pessoal, significantes e coerentes com seu mundo imediato. Foram identificadas as seguintes expressões: “*É açúcar no sangue, o sangue doce*” (Marta, 71anos); “*Uma doença maldita...* (Alvino, 84 anos); “[...] *isso é as pragas de Faraó, pra mim, é as pragas dos últimos dias.*”(Fátima, 71

anos); “Uma doença traiçoeira (Elvira, 77 anos); “Uma doença ruim que não sabe de onde vem.” (Inês, 73 anos);

Quanto às explicações sobre a origem do DM2, foram múltiplas, distintas e elaboradas no contexto de suas vidas, assumindo seu caráter temporário. Por vezes coexistiam explicações, por isso não podem ser vistas como excludentes e nem tampouco coerentes entre si. As maneiras de pensar as causas do DM2 apresentadas pelos idosos estão situadas no comportamento desviante, não saudável (comer muito doce e gordura, obesidade); no poder de agentes sobrenaturais (dualidade Deus e o Diabo) e em aspectos biológicos relacionados ao corpo físico (alterações do processo de envelhecimento, produção de insulina e herança genética). Estes modos de interpretar estiveram associados ainda à incerteza vivenciada por alguns poucos idosos que não souberam explicar as causas de seu adoecimento.

É relevante explicar que, na prática, quase inexistem interpretações unicasais. Aqui serão apresentadas separadamente, apenas para fins didáticos.

Explicações comportamentais

As explicações comportamentais agregam os fatores relacionados ao estilo de vida adotado e incluem o comer muito doce e gordura e a obesidade. Na perspectiva biomédica, o consumo de doces e de carnes com excesso de gordura é considerado como marcador de padrão de alimentação não saudável (BRASIL, 2017). O açúcar é um alimento extremamente calórico e consumido em grandes quantidades pode favorecer a presença de sobrepeso e obesidade.

No entanto, do ponto de vista sociocultural, a comida para os idosos é um elemento-chave para o gozo e bem-estar na velhice, por estar impregnada de afeto, emoção, alegria e sociabilidade (SILVA e CÁRDENAS, 2007). Entre as pessoas idosas com diabetes entrevistadas neste estudo, os doces foram reportados como alimento apreciado que fazia parte dos seus hábitos alimentares em sua trajetória de vida, simbolizando o prazer, a satisfação de um desejo e alegria.

O fato de reconhecer o consumo de açúcar como inadequado e prejudicial foi insuficiente para limitar o seu uso justificando a ingestão à natureza própria da doença e do adoecido, ou ainda a necessidade de satisfação do prazer (desejo), como pode se observar nestas falas: “[...] *todo diabético tem ansiedade, você vê que não é ‘gulodiça’ (gulodice)*

não! É uma ansiedade porque a barriga da gente às vezes tá cheia, mas a gente gosta do doce de leite e não pode comer, gosta de uma cocada de cacau e não pode comer, e quando aparece dentro de casa você come um pedacinho só. Ali faz um mal como se tivesse comido um pedaço! A gente já come sabendo!” (Mileide, 60 anos). “Ah, eu como um pedacinho de bolo. Não muito, sabe, mas não deixo de comer. Isso aí eu peço. Tem vez que chego em Dr^a Fulana e ela olha os exames e diz: Oh, meu amor você pecou muito! (risos)” (Eliete, 60 anos)

Também se notou nesta investigação que para um grupo de idosos o doce está na lista de desejos prioritários do apetite. Eles estavam dispostos a fazer qualquer sacrifício, mesmo resultando em descontrole metabólico, para obter a satisfação de ingeri-lo. Assim, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida do paciente diabético (PÉRES et al., 2007), ocasionando sentimentos como culpa, tristeza e ansiedade. Culpa por ter comido em excesso alimentos proibidos e a possibilidade desse comportamento ter ocasionado ou complicado a doença e, angústia pelas restrições, por ter que conviver com a amargura de uma vida sem ou com pouco doce, conforme discorre o depoente: “[...] antes eu comia tudo. Sinto muita falta, a gente vê um doce, não pode comer um pudim, um sorvete!” (Ivete, 82 anos)

Observou-se ainda uma preocupação em certificar a veracidade do conhecimento compartilhado socialmente de que o DM2 é uma doença resultante do consumo excessivo de açúcar. Buscar sanar dúvidas com profissionais de saúde é uma forma de legitimar as causas com base no paradigma biomédico, e a partir desta resposta reconhecer-se participante (culpado), ou não, pelo surgimento da doença, como se observa no relato seguinte: “Mas eu perguntei: - Doutora, eu fiquei com diabetes por causa de doce? Aí ela disse que não porque o corpo tem a capacidade de extinguir o açúcar. Só não extingue quando a pessoa é diabética”. (Pedro, 79 anos)

Para outros participantes, a explicação compartilhada socialmente de que a origem do diabetes está determinada por uma ingesta exagerada de açúcar e gordura foi inconsistente com base em suas próprias experiências, por isso, buscaram outras interpretações para explicar a origem do DM2 e atribuir significado a sua experiência de adoecimento, como nota-se nesses depoimentos: “Eu nunca gostei de muito açúcar, muito doce, não sei por que eu tenho diabetes! Minha mãe não tem, ninguém da família tem. Mãe come doce a vontade, minhas irmãs, ninguém tem, só eu!” (Valter, 67 anos) “O povo fala: Só tem diabetes quem come açúcar e eu não como nada, porque eu nunca

gostei”.(Silvia, 65 anos) *“Engraçado, eu nunca fui de usar doce demais porque dizem que o que causa diabetes é doce, é muito sal na comida, é gordura (...) Não sei qual foi o caso que me apareceu essa diabetes!”* (Elienai, 77 anos).

Mesmo sendo todos os participantes idosos, residentes em um mesmo bairro popular e de baixa renda, o gosto por determinados tipos de alimentos não foi homogêneo, confirmando a necessidade de se observar a singularidade da pessoa e sua experiência de adoecimento para a construção de um plano terapêutico coerente com seus projetos de felicidade. O doce que é considerado significativo para algumas pessoas pode não ter importância nenhuma para outras. Além disso, a partir de suas experiências de adoecimento, os participantes compartilham do conhecimento biomédico, confirmando a multicausalidade do diabetes.

Além do consumo excessivo de açúcar, foi reportado entre os idosos que o consumo excessivo de gordura também causa DM2. A ingestão de alimentos gordurosos era uma prática bem comum em áreas rurais, onde a maioria dos idosos entrevistados nasceu e passou grande parte da vida. Acreditavam que esses alimentos eram capazes de oferecer a energia necessária para o árduo trabalho diário como agricultores. Além disso, a gordura abundante dos alimentos servia como um método de conservação dos mesmos, numa época em que o fornecimento de energia em áreas rurais era escasso e a geladeira era um eletrodoméstico presente em poucas residências, mesmo em áreas urbanas.

Este modelo explicativo que associa o surgimento do DM2 a um comportamento alimentar de excessos, sugere participação ativa do adoecido em seu processo de adoecimento e favorece o desenvolvimento da culpa por uma conduta que remete a falta de domínio próprio, a intemperança e à “escravidão” aos desejos cujos impulsos não foram capazes de controlar, rendendo-se ao paladar. Em geral, esse grupo de pessoas é visto pelos familiares, comunidade e profissionais de saúde como teimosos, rebeldes, descontrolados, não colaborativos com o tratamento. Estigmatizados, assumem o insucesso do tratamento, avaliado mediante resultados objetivos da monitorização de exames de acompanhamento dos índices glicêmicos. Assim, a experiência do adoecimento e sua interface com a alimentação, quase sempre é vivida em meio a conflitos psicossociais e culturais entre as pessoas com DM2 que transgridem as recomendações também como uma forma de resistência ao poder e autoridade biomédica e busca por manutenção da autonomia por parte dos adoecidos (BARSAGLINI, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde é um terrível engano a crença no desenvolvimento de uma doença crônica em consequência exclusiva de um “estilo de vida” desregrado e a responsabilização individual total pelo adoecimento. Só seria verdadeiro, se as pessoas tivessem acesso igual a uma vida saudável e recebessem apoio para tomar decisões saudáveis. “Os governos têm um papel crucial a desempenhar na melhora da saúde e do bem-estar das populações, e no sentido de propiciar proteção especial para os grupos vulneráveis” (OMS, 2005, p.16).

Assim, os idosos desse estudo, integraram em seus discursos os ideais da promoção da saúde defendidos e recomendados pelos profissionais de saúde, com enfoque prioritário no comportamento deixando em segundo plano as ações guiadas pela concepção de qualidade de vida, direcionada pelos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade. Neste modelo corre-se o risco de cercear o princípio de autonomia do adoecido e favorecer a submissão às prescrições médicas (VERDI e CAPONI, 2005).

Ao incluir a obesidade como uma entre as várias maneiras de explicar a origem do diabetes, os participantes esboçam coerência com as informações científicas epidemiológicas e fisiopatológicas. No cotidiano, interpretam que ser gordo tem implicações negativas no funcionamento do corpo, relacionada à insulina e controle do açúcar no sangue. Para além do impacto biológico do corpo gordo, pessoas obesas descrevem a sua imagem de maneira negativa acompanhada de tristeza, vergonha e isolamento, afetando o bem-estar e, requerendo o exercício da aceitação frente a estereótipos de fracasso moral (MACEDO et al., 2015).

Explicações sobrenaturais

A atribuição de doenças a seres sobrenaturais remete a concepção de passividade em relação à origem da enfermidade, uma vez que “um outro” foi responsável por originar, ou ainda, permitir que a doença se manifestasse. Nesse estudo, três, dos vinte informantes ressaltaram esta explicação, sendo eles de ambos os sexos; dois apresentaram como explicação exclusiva e um, associada a causas relacionadas ao estilo de vida e hereditariedade, reforçando a ideia de coexistência de explicações e que não obrigatoriamente são excludentes ou lógicas. No modelo explicativo do grupo de idosos investigado, Deus e o Diabo aparecem como seres transcendentais envolvidos na origem da doença. Acreditamos que esta explicação metafísica não é decorrente da baixa

escolaridade ou por uma visão mais primitiva (ignorante) das doenças por parte dos participantes, mas como um modo de explicar as causas, a partir dos aspectos mais amplos da cultura cristã e da centralidade do conflito entre Deus e Satanás (diabo, capeta), entre o bem e o mal, influenciando todas as dimensões da vida.

Entre aqueles que associaram a causalidade da doença ao domínio sobrenatural, foi destacado que até o nome da enfermidade (*DIABETES*), se assemelha a figura metafísica capaz de causar o mal, o *DIABO*. “[...] *também nunca fui doentia, agora depois desse negócio dessa ‘diaba’(diabetes) que o povo fala por aí é que eu vivo tomando esses remédios*”.(Fátima, 71 anos).“*Uma doença maldita (diabetes). Porque só pode ser maldita. Porque isso não vem de Deus não. Isso só pode ser coisa de Satanás*”.(Alvino, 84 anos).

A interpretação do DM2 como de origem mágico-religiosa está relacionada com a representação da doença enquanto uma maldição, uma praga permitida por Deus e renunciada em Sua palavra. Para alguns participantes do estudo em questão, a emergência de doenças graves e complexas faz parte de uma profecia alusiva aos eventos finais que marcarão o fim deste planeta e a vinda do filho de Deus para restaurar a Terra, extinguindo a dor, as doenças e a morte para sempre, mediante a destruição da fonte de todo sofrimento: Satanás. “[...] *para mim isso é as pragas de Faraó, pra mim, é as pragas dos últimos dias, porque a Bíblia diz que nos finais dos tempos vem doença que nem os médicos descobrem*”. (Fátima, 71 anos).

A religiosidade e a espiritualidade estão presentes na vida dos idosos entrevistados os quais informaram professar alguma religião frequentar assiduamente as missas ou cultos, praticarem a oração, além de serem ouvintes ou leitores da Bíblia. Desse modo, suas crenças são valorizadas e as utilizam como recurso indispensável no enfrentamento da doença. Também alguns acreditam na fé como um remédio de natureza espiritual, prioritário para a cura dos problemas de saúde, enquanto que os “remédios dos médicos”, também são bons, ajudam, mas estão em nível secundário em sua eficácia.

Além de recorrer ao conhecimento científico para interpretar a doença, o grupo investigado buscou na Bíblia a explicação sobre a origem dos infortúnios. Esse dado sugere que os idosos acreditam ser a Bíblia um livro confiável por se tratar da palavra de Deus, um ser no qual acreditam ser imutável, portador de “verdades absolutas”, em detrimento da ciência que apresenta conclusões temporais sobre os problemas enfrentados pelo homem, dentre eles a doença.

Os resultados deste estudo foram coerentes com os encontrados em pesquisa sobre a espiritualidade na velhice no contexto brasileiro. Chaves e Gil (2015) também evidenciaram que os idosos vivenciam a espiritualidade tanto no contexto institucional, quanto em vivências internas com a leitura da Bíblia, livros e revistas relacionados à religião, as quais favorecem o desenvolvimento de sentimentos e emoções positivas. As autoras afirmam ainda que os idosos reconhecem a importância da espiritualidade em suas vidas, e acrescentam que sua relação com a velhice está na capacidade de suportar as limitações, perdas e dificuldades inerentes ao processo, enfrentando os sofrimentos.

Analisando a espiritualidade e o enfrentamento da doença crônica em idosos do município de São Paulo, observou-se que a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente, melhorando assim, sua qualidade de vida (ROCHA e CIOSEK, 2014). Enfim, a origem do DM2 vinculada a seres sobrenaturais, evoca a dualidade entre Deus (ser soberano, bom) e o Diabo (ser maléfico). Há os que se resignam e acreditam que a doença veio pela permissão de Deus e há os que se revoltam com a ação maligna quem vem como castigo e condenação para o fim dos tempos. “A doença seria uma resposta à transgressão de algum dos preceitos religiosos ou de uma atitude condenável, apoderando-se do corpo de um indivíduo ou grupo populacional” (SOARES e SANTOS, 2013, p.11).

Explicações biológicas

Os idosos entrevistados também explicaram que a presença do DM2 se deve a uma herança familiar, trazendo à doença um caráter de compartilhamento. Nestes casos, acreditam não ter participação ativa no surgimento da doença, muito pelo contrário, sentem-se vítimas de um destino do qual não tiveram nenhuma possibilidade de mudança. Nessa interpretação o DM2 emerge como uma doença duplamente familiar: o fato de ser herdado de algum membro próximo da família, recebido por uma herança genética, uma predisposição para, e, familiar, no sentido de doença comum, habitual, de ocorrência frequente, mas com impactos diferentes na experiência de adoecimento. Nesse sentido, o DM2 surge como um “velho conhecido” relacionado às perdas vivenciadas na família (CASTELLANOS et al., 2011). Sobre a habitualidade e familiaridade com o diabetes as participantes afirmam: “*Diabetes é doença de todo mundo!*” (Marta, 71 anos) “*[...] esse diabetes da gente é tudo de família. Meu irmão mais velho que morreu tinha diabetes, os*

dois filhos dele têm, o filho da minha filha (esse meu neto) tem diabetes, mas essa minha irmã que eu sou gêmea, não tem diabetes não". (Amanda, 86 anos). *"No meu caso o médico disse que eu já nasci com isso, com o passar do tempo fui desenvolvendo, nasci com a tendência a ter."*(Eliete, 60 anos)

Vê-se então que os adoecidos com diabetes têm reinterpretado o saber biomédico relacionado à genética (ciência dos genes e da hereditariedade). De acordo com o baixo grau de escolaridade dos entrevistados, é pouco provável que consigam compreender a complexa função dos genes e sua relação com o surgimento das doenças. No entanto, este conhecimento é apropriado, de modo a tornar-se compreensível para responder suas inquietações sobre o que teria ocasionado o diabetes. Desse modo, traduzem em uma simples expressão "é de família".

Embora o DM2 seja indesejável, ouvir e falar sobre diabetes é comum, já não soa com o estranhamento de uma doença rara, pois é amplamente divulgado na mídia escrita e televisiva, bem como nas escolas, grupos de convivência para idosos, feiras de saúde, igrejas, instituições de saúde, e comentado entre pessoas de convívio próximo (amigos, vizinhos, familiares). Todavia, a constatação de que o diabetes é "doença democrática", que atinge a todos sem distinção etária, de raça, de sexo ou de grupo social, não minimiza a preocupação de suas graves complicações, como revelam as participantes: *"Quem não cuida do diabetes vai pra debaixo do chão!"*(Lúcia, 74 anos) *"[...] às vezes a pessoa pensa que diabetes é uma coisa simples, mas ela causa muita coisa, a pessoa pode morrer de uma hora para outra com a diabetes"*.(Elvira, 77 anos)

A consciência de guardar em si uma bagagem genética que afetou a sua própria vida e que pode afetar também a vida de seus descendentes tem aplicações práticas imediatas com intuito de produzir melhores expectativas para gerações futuras, como a mudança da alimentação da família, adotando hábitos mais saudáveis. *"Meus filhos tem muito medo (de ter DM2), ai eles já se previnem bastante. Antes eu fazia muito doce aqui e deixei de fazer por isso"*. (Marieta, 83 anos)

A possível relação entre o surgimento da doença e a hereditariedade em algumas situações foi prejudicada pelo desconhecimento da causa morte dos pais e demais parentes em virtude de que uma grande parte da vida ter transcorrido em territórios rurais, marcado pela pobreza e dificuldade de acesso às consultas médicas e a exames diagnósticos: *"Se foi hereditária eu não sei porque naquele tempo não tinha exame"*. (Marieta, 83 anos).

Diante do elenco de causas diretamente relacionadas e desencadeantes do DM2, herança genética recebeu destaque entre nove das vinte pessoas idosas entrevistadas no presente estudo. Este resultado sugere que a transição do território rural para o urbano favoreceu maior acesso aos serviços de saúde, a mídia e, conseqüentemente da influência do saber biomédico, além do aprendizado a partir de sua experiência pessoal.

Resultados semelhantes aos apresentados nesta pesquisa foram encontrados no modelo explicativo de nigerianos que enfatizaram a genética na origem da doença (OTEKEIWEBIA et al., 2015) sugerindo ser esta uma tendência em estudos que utilizam como critério de inclusão pessoas já inseridas em instituições de saúde para o tratamento e controle do DM2.

Ao contrário desse estudo, no modelo explicativo de grupo étnico residente em região montanhosa do México, a hereditariedade não foi atribuída como fator de risco ou causa do DM2, mas foram ressaltados fatores de ordem natural biológica, danos produzidos por terceiros (mal olhado) e fatores de ordem emocional (PAGE-PLIEGO, 2015).

A ausência ou produção insuficiente de insulina foi também apresentada como causa do DM. Reforça a ideia do modelo cartesiano do corpo como uma máquina, cuja avaria no pâncreas causa desordem biológica. Observa-se um esforço imaginativo para explicar como ocorre no corpo à mudança do processo natural ao patológico. *“Diabetes é muito açúcar no sangue, falta de insulina. A gente tem uma passarinha, que chama o pâncreas. Antigamente chamava de passarinha (risos). E ela pega o açúcar. Quando não tá muito bom ela não sopra o açúcar do sangue.” (Pedro, 79 anos)*

O processo de envelhecimento também foi citado como causa do DM2. O modelo de velhice associada à decadência física e enfermidade favorece uma imagem negativa dessa fase da vida, no qual subjaz a ideia de que os muitos anos vividos são determinantes para o surgimento do DM2. Perpassa pela concepção de corpo na velhice, visto como uma máquina desgastada pelo uso prolongado. A crença de que “o diabetes é normal da idade” sustenta-se na experiência com a doença e no fato de que várias pessoas do mesmo grupo etário convivem com um problema comum. Assim, uma primeira análise equivocada leva a crer que o envelhecimento causa o DM2. Pensar no envelhecimento como um declínio inevitável pode influenciar negativamente as práticas de cuidados necessárias para uma velhice ativa.

Não souberam explicar

As vivências com a incerteza sobre as causas do diabetes foram também apresentadas nos discursos das pessoas idosas entrevistadas. Desconhecer, não saber explicar ou ter dúvidas quanto a origem da enfermidade foi identificado mesmo entre idosos com diabetes diagnosticado há muito tempo, com período variando de 15 a 36 anos. É provável que essa incerteza seja proveniente do curso prolongado da doença e o fato de que ideias e conceitos prévios sobre o DM2 tidos como “verdades absolutas”, com o tempo e a experiência, tenham sido modificados ou acrescidos de outras concepções. Não saber atribuir causa(s) a doença, é um aspecto que pode interferir, em parte, com o gerenciamento dos cuidados.

De acordo com Sousa e colaboradoras (2015) o conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico, embora não seja suficiente para a mudança de comportamento. A identificação de aspectos da doença em que os adoecidos manifestam dúvidas ou insuficiência de conhecimento poderá nortear o planejamento de atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam no cuidado a esses usuários do sistema de saúde.

Pesquisa socioantropológica (BARBOSA et al., 2015) indica como resultado que a maioria dos idosos que possuem diabetes não são conhecedores do que é adequado ou não para seu tratamento. Dessa forma eles buscam desenfreadamente ou escutam e colocam em prática qualquer solução indicada para seu problema.

Nos discursos apresentados, notou-se a ausência do nervoso entre os fatores elencados na gênese do DM2. Esta lacuna não significa que este aspecto não seja percebido como relevante, mas que muito provavelmente, para este grupo, o nervoso esteja mais relacionado às dificuldades com o controle do DM2 do que com a origem da doença propriamente dita.

Conclusão

A partir dos resultados foi possível identificar que na perspectiva dos idosos investigados o DM2 é uma enfermidade originada por fatores múltiplos, de natureza comportamental, sobrenatural, biológica ou desconhecida, os quais refletem a complexidade e a integralidade da pessoa idosa adoecida. Muito embora tenham se

esforçado para estabelecer o diabetes dentro do saber biomédico, na lógica dos adoecidos entrevistados, assim como a doença se manifesta em um corpo não apenas físico, mas também psicossocial, cultural e espiritual, a doença também não tem natureza biológica exclusiva.

Ter que conviver com o diabetes por toda a vida, oportuniza ao adoecido construir e reconstruir inúmeras formas de pensar a doença tanto do ponto de vista individual (cognitivo), como coletivo (social), tornando a experiência do adoecimento subjetiva e intersubjetiva.

O caráter duradouro da doença e seu impacto nas múltiplas dimensões humana reivindicam a implementação de práticas de educação em saúde de modo imprescindível e contínuo. Para adoção de cuidados mais eficientes e centrados na pessoa idosa é importante que os profissionais de saúde oportunizem os usuários revelarem seu entendimento sobre o diabetes informações estas que oferecerão subsídios para as práticas educativas, as quais devem integrar a equipe de saúde, a pessoa com a doença, a comunidade e a família.

Deve-se considerar a importância psicológica e sociocultural dos alimentos na vida dos idosos, explorando e problematizando os aspectos cognitivos, situacionais e afetivos que envolvem a alimentação. Estimular a adaptação de receitas de família para que sejam apresentadas com reduzido teor de gordura e açúcar, implementando o cuidado culturalmente congruente, além de instituir práticas de cuidado que visem trabalhar os aspectos psicológicos de culpa e deterioração moral advindos dos deslizes frequentes com a alimentação. Compete ainda desenvolver práticas problematizadoras da realidade, a fim de que possam ser estimulados a lutar pela redução das desigualdades sociais e escolher estilos de vida mais saudáveis.

No grupo de idosos estudado, ter DM2 reforçou os aspectos negativos relacionados ao envelhecimento e da tendência da associação da velhice com as perdas físicas, econômicas, sociais e morte. Nesse sentido, a perspectiva de envelhecimento ativo e de realização de novos projetos de vida ficou ameaçada diante das incertezas trazidas pelo curso da doença e das condições de vida desfavoráveis, restando-lhes a resignação.

Esta pesquisa envolveu apenas um grupo de idosos com diabetes, predominantemente do sexo feminino, dos quais vinte por cento não alfabetizados que frequenta um único centro de saúde da área urbana, com características socioculturais e econômicas semelhantes. Desse modo, suas conclusões não são generalizáveis, mas podem nortear o planejamento de ações educativas as quais contemplem a pessoa idosa com DM2

em sua integralidade, respeitando as suas crenças, ao mesmo tempo em que problematize a relação destas crenças com suas práticas de cuidados no gerenciamento da doença. É relevante que novos estudos sejam realizados abrangendo um grupo heterogêneo de participantes a fim de obter uma visão ampliada da questão.

Referências

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da saúde. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. Organização mundial de saúde (OMS), 2005.

BARBOSA, M.A.G. et al. Alimentação e Diabetes Mellitus: Percepção e consumo alimentar de idosos no interior de Pernambuco. **Rev. Brasileira de Promoção de Saúde**. v.28, n. 3, p. 370-378, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Ltda., 2011.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico** [online]. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2011. Antropologia & saúde collection. 248p. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>

BRASIL. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: MS, 2014.

CANESQUI, A. M.(org). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. Editora HUCITEC. São Paulo: FAPESP, Cap.1, p. 20-51, 2007.

CASTELLANOS, M.E.P. et al. Evidence produced by qualitative investigations on type 2 diabetes: a review of the literature. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n36, p.257-276, 2011.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.12, p.3641-3652, 2015.

FERREIRA, V.F et al.; Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, 2014.

FONTANELLA, B.J.B; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8.ed. 2017. Disponível em: <<http://diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=254>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

MACEDO, T.T.S.; PORTELA, P. P.; PALAMIRA, C. S.; MUSSI, F. C. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Esc Anna Nery**. Salvador, v.19, n.3, p. 505-510, 2015.

OTEKEIWEBIA, A.; OYEYINKA, M.; ODERINDE, A.; IVONYE, C. Explanatory Model of Diabetes Mellitus and Glycemic Control among South western Nigerians. **International Journal of Diabetes Research**. v.4, n.2, p. 23-30, 2015.

PAGE-PLIEGO, J.T. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. **LiminaR**, San Cristóbal de las Casas, v. 13, n. 2, p. 84-95, 2015.

PÉRES, D.S. et al.; Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 6, dez. 2007.

RAMOS, R.S.P.S et al.; Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 364-374, 2017.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Ver EscEnferm USP**.v.48, n. Esp2, p.92-98, 2014.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SILVA, V.P; CARDENAS, C.J. A comida e a sociabilidade na velhice. **Revista Kairós**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 51-69, 2007.

SOUSA, M.R.; MARTINS, T.; SILVA, E. Questionários dos conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. **Ver Port Saúde Pública**. Portugal, v. 33, n.1,p. 33-41, 2015.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**.v. 14, n., p.82-8, 2005.

PROJETO AMAMENTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB

Géssica Rodrigues da Silva¹
Mariana Matos de Almeida²
Emanuelle Souza Oliveira Ferreira³
Carolina Gusmão Magalhães⁴

Resumo

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) por possuir benefícios comprovados para a saúde da mãe e da criança. Nessa perspectiva, o Projeto de Extensão Amamentação foi idealizado com o intuito de auxiliar o binômio mãe-filho com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Trata-se de um relato de experiência das ações desenvolvidas por membros do Projeto, na região do Recôncavo Baiano e Vale do Jiquiriçá (municípios de Amargosa-BA e Santo Antônio de Jesus-BA), que atuam com nutrízes e lactentes para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Para tanto, utiliza-se estratégias que beneficiem a saúde do vínculo mãe- bebê. Nessa perspectiva, é realizado acompanhamento domiciliar quinzenal às mulheres, buscando-se informações sobre o andamento do processo de amamentação, adaptação à maternidade, ocorrências com a mãe e o bebê, existência de dúvidas sobre o aleitamento. Este estudo é de impacto positivo no contexto em que se aplica, tanto por atuar como facilitador no complexo processo do início da maternidade e nutrição infantil, como pelo gradativo fortalecimento de vínculo entre os membros do programa e comunidade assistida. Tal experiência é, ainda, um diferencial na formação profissional dos graduandos, por promover contato com realidades distintas, sensibilizando-os para o cuidado e promoção de saúde e mobilizando-os para uma atualização constante de conhecimento a fim de responder às demandas apresentadas.

Palavras-chave: Amamentação; Aleitamento materno; Saúde; Educação; Comunicação.

Abstract

Exclusive breastfeeding up to six months of age is recommended by the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health (MOH) for having proven benefits to maternal and child health. In this perspective, the Breastfeeding

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bacharela em Saúde e graduanda em Medicina (UFRB), gessica_rodrigues_silva@hotmail.com

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bacharela em Saúde e graduanda em Psicologia (UFRB), mari.almeida03@gmail.com

³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bacharela em Saúde e graduanda em Medicina (UFRB), manuosferreira@gmail.com

⁴ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Docente do curso de Graduação em Nutrição e Pós-Graduação em Nutrição Clínica, Mestra em Desenvolvimento e Gestão Social (UFBA) e-mail: carol_magalhaes@ufrb.edu.br

Extension Project was conceived with the purpose of assisting the mother-child binomial with a focus on health promotion and disease prevention. This is an experience report of the actions carried out by members of the Project in the region of Recôncavo Baiano and Vale do Jiquiriçá (municipalities of Amargosa-BA and Santo Antônio de Jesus-BA), who work with nursing mothers and infants for the promotion, protection and support to the practice of exclusive breastfeeding up to six months. For this, strategies that benefit the health of the mother- baby bond are used. In this perspective, a biweekly home-based follow-up is given to women, seeking information on the progress of the breastfeeding process, adaptation to motherhood, occurrences with the mother and the baby, and doubts about breastfeeding. This study has a positive impact in the context in which it is applied, both by acting as a facilitator in the complex process of initiating motherhood and child nutrition, and by gradually strengthening the link between program members and the assisted community. This experience is also a differential in the professional training of undergraduates, for promoting contact with different realities, sensitizing them to the care and promotion of health and mobilizing them for a constant updating of knowledge in order to respond to the demands presented.

Key words: Breastfeeding; Breastfeeding; Cheers; Education; Communication.

Introdução

O leite materno é o alimento ideal para o lactente por diversos fatores que vão desde sua composição nutricional, por ser completo em suas propriedades, contendo, inclusive, fatores de proteção imunológica contra diversas infecções, os quais permitem ao recém-nascido um crescimento e desenvolvimento saudável; até o fato de ser alimento isento de contaminação, completamente adequado ao metabolismo da criança e, ainda, se constitui como fonte de economia para a família, por apresentar baixo custo (BRASIL, 2002).

Estudo realizado em Porto Alegre e Pelotas, no Rio Grande do Sul, observou evidências do efeito protetor do aleitamento materno contra a mortalidade infantil ao registrar que

“as crianças menores de um ano não amamentadas tiveram um risco quatorze vezes maior de morrer por diarreia e quase quatro vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com crianças da mesma idade alimentadas exclusivamente ao seio (BRASIL, 2002)”.

Segundo Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 no Brasil “as doenças respiratórias, as diarreicas e os acidentes estão entre as principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos” e essa realidade nacional acompanha o cenário mundial. De acordo com a OMS, 2005, a pneumonia foi responsável por 19% das mortes na referida faixa etária, a diarreia por 18% e os acidentes por 3% (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), o aleitamento materno é “a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil”. A amamentação não só repercute sobre o estado nutricional do lactente, como contribui com demais relevantes aspectos de saúde, evitando a diarreia e infecções respiratórias, reduz o risco de desenvolver doenças alérgicas, doença de Crohn, diabetes, colite ulcerativa, hipertensão, linfoma, hipercolesterolemia, bem como a chance de obesidade. O aleitamento materno exerce, ainda, efeito positivo no desenvolvimento neurológico do lactente, promove melhora do desenvolvimento de sua cavidade bucal, exerce uma possível proteção contra a síndrome da morte súbita (BRASIL 2002).

Todavia, a amamentação proporciona benefícios não só para o bebê, mas também para a nutriz, que ao amamentar protege-se contra o câncer de mama e ovário, evita nova gravidez e promove o fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, tanto da mulher quanto de seu filho (BRASIL, 2009; BRASIL 2002).

Ante o exposto, nota-se que a lactação se constitui como prática fundamental para promoção, proteção e apoio à saúde da criança (MARQUES, 2011). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), bem como a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e complementado até os dois anos (BRASIL, 2015). Tal aconselhamento possui benefícios comprovados para a saúde da mãe e da criança. Todavia, apesar desses e das medidas de incentivo ao aleitamento que vem sendo

realizadas pelo MS, o desmame precoce, compreendido como a interrupção do aleitamento materno ao peito antes de o lactente ter completado seis meses, independentemente do motivo, ainda é uma realidade frequente e indesejável (WARKETIN, 2013).

Nessa perspectiva, as dificuldades inerentes à técnica da amamentação têm demonstrado grande influência no desmame precoce. Barbosa *et. al.* (2017) acredita que uma má técnica pode dificultar a sucção o esvaziamento da mama, podendo afetar a dinâmica da produção do leite, acarretando na introdução de outros alimentos, e desmame. Para a manutenção da amamentação, a mãe precisa receber apoio e ajuda, centrados em suas dificuldades, nos quais sejam oferecidas informações relevantes que proporcionem tranquilidade e que a façam sentir-se mais confiante e bem consigo mesma e seu bebê (VIEIRA, COSTA, GOMES; 2015).

Dessa forma, justifica-se a relevância de trabalhos de educação em saúde visando o acompanhamento e apoio às mulheres nesta fase tão delicada que é o aleitamento exclusivo por seis meses. Frente a essa perspectiva, tal necessidade de saúde alinha-se aos objetivos do projeto AmamentAÇÃO como uma ferramenta de intervenção e combate ao risco de desmame precoce.

Diante dessa realidade, o presente estudo propõe relatar as experiências do Projeto de extensão AmamentAÇÃO, vinculado ao Programa “Saúde no Ar: Educação e Comunicação no Recôncavo da Bahia”, desenvolvido por docentes e discentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), campus Santo Antônio de Jesus-BA, com nutrízes e lactentes da região do Recôncavo Baiano e Vale do Jiquiriçá, municípios de Amargosa-BA e Santo Antônio de Jesus-BA.

Metodologia

O projeto AmamentAÇÃO surge como um dos pilares do Programa “Saúde no Ar: educação e comunicação no Recôncavo”, que se desenvolve no Recôncavo Baiano e Vale do Jiquiriçá, e consiste, em suma, num conjunto articulado de projetos com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, e tem como intuito o desenvolvimento de ações voltadas à promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno, da alimentação complementar saudável e da prática integrativa da Shantala – massagem indiana para bebês, estratégias que beneficiem

a saúde do vínculo mãe-bebê.

Nesse contexto, o projeto AmamentAÇÃO está em consonância com os objetivos da "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)", de 2015, cujo objetivo é qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com vista a reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As experiências relatadas neste estudo compreendem o período de novembro de 2017 a abril de 2018. Como estratégias de atuação do projeto AmamentAÇÃO ocorre a discussão da prática do aleitamento materno, da alimentação complementar saudável e práticas integrativas (Shantala) com gestantes e puérperas cadastradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Amargosa-BA e Santo Antônio de Jesus - BA.

Para tanto, ocorre o acompanhamento domiciliar e quinzenal do binômio mãe-bebê. No decorrer desse acompanhamento, em distintos momentos, acontece o aconselhamento sobre o processo de amamentação. Nos momentos de visita, além da escuta sensível, são compartilhadas orientações de caráter preventivo a respeito do manejo adequado frente aos principais problemas relacionados à amamentação.

Nesse contexto, buscamos o estabelecimento de vínculos com a mãe, utilizando da empatia frente aos desafios enfrentados com a chegada do bebê, acreditando ser um elemento importante na promoção do bem-estar e facilitador do processo. Dialogamos sobre temáticas como o tornar-se mãe e o “manter-se mulher”, fazendo referência à importância de reconhecer a individualidade de cada mulher, para além da maternidade, a composição do leite materno, a importância do aleitamento exclusivo e da convicção de que até os seis meses, esse é o único alimento necessário e suficiente para o bebê. Nessa seara, abordou-se, ainda, a existência de serviço de saúde público em apoio à Amamentação, em Amargosa-BA, com a “Casa da Mãe”. Ademais, discutiu-se e observou-se a importância da família e da rede de apoio comunitária no processo da amamentação.

Na promoção dos objetivos do projeto AmamentAÇÃO, tecemos orientações a respeito da higienização da mama, pega correta, postura correta para amamentar, como prosseguir frente ao ingurgitamento da mama, como manter a amamentação exclusiva concomitante ao retorno ao trabalho, chegando o fim da licença maternidade. Dialogamos, ainda, sobre mitos e verdades da amamentação e

a respeito de acessórios que podem auxiliar durante esse processo de aleitamento.

Metodologicamente, uma vez por mês, são realizadas oficinas nas UBS, com o intuito de sanar dúvidas e agregar puérperas e gestantes ao projeto. Além das oficinas, são realizados encontros para a capacitação dos discentes extensionistas vinculados ao projeto AmamentAÇÃO, para que estes estejam aptos para a realização de visitas domiciliares ao público alvo. Ocorrem ainda reuniões semanais para planejamento das atividades e compartilhamento de experiências.

O projeto visa realizar o acompanhamento das duplas (mãe e filho) o mais precocemente possível, a fim de promover o aleitamento exclusivo pelo período preconizado pelo Ministério da Saúde. Para conectar-se a uma dupla de acompanhamento, é necessário, primeiramente, que a mesma esteja vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), visto que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que têm uma relação estabelecida com os usuários dos serviços de saúde. Assim, são os ACS's que intermediam a primeira visita domiciliar, estabelecendo-se assim o início da relação dos extensionistas com o público-alvo.

Se enquadram nesse público, portanto, mulheres com crianças de até 6 meses de vida que estejam em aleitamento exclusivo. Cada extensionista realiza o acompanhamento de até 4 puérperas, com visitas domiciliares quinzenais.

Para auxiliar no trabalho de acompanhamento foram confeccionados instrumentos, sendo estes, um questionário para coleta de dados, para sistematização das informações de cada dupla acompanhada, e duas cartilhas, uma com informações acerca da pega correta para a amamentação e uma sobre Shantala, contendo o passo-a-passo dessa técnica, bem como informações sobre sua origem e benefícios para o vínculo mãe-filho.

Cada visita é documentada em diário de campo e um panorama geral das visitas já realizadas e acompanhamentos em andamento estão contabilizados em uma planilha de dados para o controle das ações realizadas com cada dupla (quadro 1). Destaca-se, ainda, que as visitas de acompanhamento são previamente orientadas por docente membro do Programa “Saúde no Ar: Educação e Comunicação no Recôncavo da Bahia”, afim de auxiliar os extensionistas.

Quadro 1: Síntese dos acompanhamentos realizados pelo projeto AmamentAÇÃO de novembro de 2017 a abril de 2018.

Extensionista	Orientadora	Duplas visitadas	Duplas acompanhadas
EAOF	CGM	3	2
GRS	CGM	4	3
G/MA	CGM	3	0
MMA	CGM	3	3
MC/G	CGM	1	1
NG/MM	CGM	1	1
RR	CGM	1	1
RSC	CGM	1	1

Obs.: Dado o objetivo deste projeto, o critério para acompanhamento para as duplas visitadas era estar em aleitamento materno exclusivo. Os casos que não se adequaram a esta condição não tiveram continuidade das visitas e acompanhamento pelos extensionistas.

Resultado e Discussão

As visitas domiciliares tiveram início em novembro de 2017. Desde então foram visitadas 17 (dezessete) puérperas, destas, 12 (doze) foram acompanhadas e 10 (dez) permanecem em acompanhamento. Sete mulheres foram desvinculadas do programa. Dessas, duas não se enquadravam no público alvo, por não estar em amamentação exclusiva, que, de acordo com a OMS (2009) é “quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos”, uma atingiu o objetivo da amamentação exclusiva até os seis meses, uma desligou-se do projeto e três puérperas deixaram de ser assistidas por conta da falta de receptividade dos ACS's em uma das UBS alvo da ação, conforme quadro abaixo (quadro 2):

Quadro 02: Panorama atual do projeto AmamentAÇÃO

Duplas visitadas	17
-------------------------	----

Duplas acompanhadas	12
Duplas em acompanhamento	10
Duplas desligadas	7

Motivo do desligamento	1- cumpriu objetivo do aleitamento materno exclusivo; 2- solicitou desligamento; 3- abandonaram o aleitamento materno exclusivo; 4- falta de receptividade dos ACS.
------------------------	--

Nessas oportunidades das visitas, nos deparamos diversas vezes com um cenário rico em crenças e de falta de informação sobre a amamentação ou resistência a novas formas de vivenciar o processo, devido as nutrizes estarem presas a experiências antigas, suas ou de outrem, tanto no que diz respeito aos aspectos fisiológicos do aleitamento, desde a produção do leite materno, suas características e funções, bem como sobre manejos técnicos do processo (MARQUES, 2011).

Durante o complexo e delicado processo de amamentação observou-se, diversos cenários, tais quais descritos pelo MS, desde bebês que não sugam ou tem sucção fraca, a demora na “descida do leite”, o ingurgitamento mamário, dor nos mamilos/mamilos machucados, bloqueio de ductos lactíferos, quase culminando em mastite, assim como situação de produção de pouco leite (BRASIL, 2009). Tais contextos relacionam-se, por vezes, a uma má técnica, como propôs Barbosa *et al* (2017). Em todos esses cenários, dialogou-se sobre as inseguranças, mitos, dúvidas e medos, sem perder de vista as orientações sobre como manejar o aleitamento materno, nas situações que se apresentavam (MARQUES, 2011).

Observa-se que há receptividade a essa metodologia de suporte e apoio às nutrizes e lactentes através do acompanhamento domiciliar, fortalecendo a manutenção das ações do projeto. Como principal dificuldade registra-se a insegurança das lactantes sobre a nutrição promovida pelo leite materno, assim, foi necessário manter as orientações de esclarecimento sobre a composição deste alimento, bem como sustentar continuamente o incentivo a amamentação exclusiva (VIEIRA, COSTA, GOMES; 2015).

Nesse sentido, conforme Warkentin (2013), o maior desafio encontrado é

também a maior potencialidade do projeto, visto que a amamentação exclusiva tem se mantido nas duplas em acompanhamento, exceto em um caso especial em que ocorreu o aleitamento

materno misto ou parcial, que é “quando a criança recebe o leite materno e outros tipos de leite” (Ministério da Saúde, 2009).

Apesar de se tratar de um projeto ainda recente, é possível afirmar a existência de impacto positivo para as duplas acompanhadas, segundo o relato das nutrizes, sentem-se amparadas e apoiadas para continuar mantendo o aleitamento materno exclusivo, vez que por vezes familiares sugerem a inserção de outros alimentos, além do leite materno, para suprir as necessidades nutricionais da criança. Ressalta-se, assim, que uma valorosa conquista é constatar que o suporte oferecido através do projeto AmamentAÇÃO tem contribuído para alcançar os objetivos da OMS (BRASIL, 2015), bem como da EAAB (2015).

Acredita-se que ao acompanhar as duplas de mães e bebês até alcançar o objetivo de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, será possível estabelecer melhor os resultados dos impactos do projeto AmamentAÇÃO de forma quantitativa. Todavia, no momento percebe-se a importância da realização de projetos com essa temática, uma vez que é perceptível a carência da população em relação ao tema, e a perpetuação e propagação de mitos que dificultam o processo de amamentação (BRASIL, 2002; MARQUES, 2011; VIEIRA, COSTA, GOMES; 2015).

Todavia, ainda que o projeto AmamentAÇÃO esteja em andamento, considerando-se que sua proposta de atuação baseia-se na promoção de ações permanentes de caráter educativo junto à população adstrita às Unidades Básicas de Saúde, está em conformidade com o que propõe CECCIM (2005) quando diz que

“o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).”

Nesta perspectiva de construção coletiva, o projeto AmamentAÇÃO fomenta a promoção de saúde e prevenção de doenças a partir do autocuidado, da autonomia, da criticidade e da criatividade frente aos conhecimentos em Saúde. Faz-se pertinente o registro de que os objetivos aos quais este projeto se propõe têm se consolidado ao passo que as atividades deste projeto de extensão caminham. A curto prazo, é possível afirmar que a articulação entre pesquisa, ensino e extensão,

nas áreas de Educação e Comunicação em Saúde tem se estabelecido nos cenários e demandas das comunidades extramuros da

UFRB na região do Recôncavo Baiano e Vale do Jiquiriçá, municípios de Amargosa-BA e Santo Antônio de Jesus-BA, e que essa experiência tem sido estimulante, agradável e crítico-reflexiva, ao passo que o vínculo com o binômio mãe-filho fortalece o compromisso social com a comunidade e sedimenta a aprendizagem.

Demais disso, durante os acompanhamentos também foi possível desenvolver várias habilidades, dentre elas as de comunicação, a escuta sensível, a criatividade e proatividade, a responsabilidade, assiduidade e pontualidade, o trabalho em equipe. Tudo isto sem perder de vista o fazer saúde como foco central.

Conclusão/Considerações Finais

O projeto AmamentAÇÃO tem se revelado uma experiência muito relevante, satisfatória e gratificante para os extensionistas envolvidos e para as duplas em acompanhamento, seja pelo processo de formação profissional quanto pela troca existente, que resulta numa construção coletiva para ambos atores. Nesse sentido, tal projeto tem possibilitado a vivência de outras formas de aprendizagem, a partir do compartilhamento de saberes.

A experiência proporcionada pelo projeto de extensão em questão permite uma melhor compreensão da dinâmica do fazer saúde, sendo fundamental para sedimentar o processo de aprendizagem segundo a prática, bem como para solidificar conceitos teóricos. Ademais do cunho pedagógico, esta experiência ressignifica o aleitamento materno para além de sua dimensão nutricional, pois através do acompanhamento mãe-filho domiciliar e quinzenalmente, oportuniza-se mais que o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, mas também o fortalecimento do vínculo mãe-filho, colaborando para a qualidade de vida de ambos, constituindo-se como um importante instrumento para educação e comunicação em saúde, especialmente, no que tange a saúde materno-infantil.

Referências

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes *et al.* Dificuldades Iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev. paul. pediatri., São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-272, Setembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: 2. Ed. Ministério da Saúde, 2015. p.186.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº23. Brasília. Ministério da Saúde, 2009. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA; Rosângela Minardi Mitre; PRIORI, Silvia Eloiza. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

VIEIRA, Ana Claudia; COSTA, Amanda Riboriski; GOMES, Paloma Gomes de. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.15, n.1, p 13-20, Junho 2015.

WARKENTIN, Sarah *et al.* Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. Rev. Nutr., Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-269, Junho 2013.

EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL REGIONALIZADA COMO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Rafael Magalhães de Melo¹

Thais Meireles Santana²

Tássia Araújo do Nascimento França³

Karinne Rebouças Mascarenhas Serra⁴

Táilla Souza Santos⁵

Resumo:

Este artigo relata a experiência de uma residência multiprofissional regionalizada como forma de educação profissional em saúde em um município no Baixo Sul da Bahia. Tem o objetivo de relatar as vivências teórico-práticas que estão sendo desenvolvidas no município, tendo em vista as observações e registros das práticas multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares que contribuem no processo formativo das (os) residentes. A pesquisa também descreve o processo integrativo dos diversos saberes por meio da efetivação da integralidade da atenção à saúde, constituído durante a residência. Além da explanação de intervenções realizadas com direcionamentos crítico-reflexivos que propiciam singularidades no processo de ensino-aprendizagem na formação permanente dos profissionais residentes.

Palavras-chave: Residência; Educação profissional; Saúde.

Abstract: This article reports the experience of a regionalized multiprofessional residence as a form of professional health education in the municipality of Presidente Tancredo Neves in the Southern Bahia Lowlands. It aims to report the theoretical-practical experiences that are being developed in the municipality, in view of the observations and records of multiprofessional, interdisciplinary and transdisciplinary practices. Describing the integrative process of the various knowledges through the realization of the integrality of health care constituted by the residence. Interventions permeated by reflexive-critical moments demonstrate importance in the teaching process - learning in the permanent formation of the professionals (residents) involved.

¹ Psicólogo residente pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública (PERMUSF/EESP). E-mail: rafael.magalhaes.melo@gmail.com

² Mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher (NEIM) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Assistente Social residente pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública (PERMUSF/EESP). E-mail:Thais_servico@hotmail.com.

³ Nutricionista residente pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública (PERMUSF/EESP). E-mail: Tassia.araujo20@hotmail.com

⁴ Enfermeira residente pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública (PERMUSF/EESP). E-mail: karinneserra@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta residente pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública (PERMUSF/EESP). E-mail: taillasouzasantos@hotmail.com

Keywords: Residence; Professional education; Health.

Introdução

A residência multiprofissional em saúde surge alicerçada pelos nortes conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme as particularidades regionais e locais, que são preconizadas pela Lei nº 11.129 de 2005, englobando diferentes saberes profissionais dentro do âmbito da saúde, como: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia, e Terapia Ocupacional, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 287/1998.

A Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde instituída pela Lei nº 11.129/2005, constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu caracterizado por ensino em serviço e destinado às profissões que se integram à área de saúde, excetuando a médica. A proposta da Residência em Saúde, em Área Profissional (multi e uni profissional) apresenta uma perspectiva teórica pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita um processo de educação permanente em saúde que afirma o trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive, potencializando mudanças nas práticas de cuidado em saúde (NASCIMENTO, R. C. S.; GUEUDEVILLE, 2017, p. 5).

Os programas de residência multiprofissional em saúde são norteados pelos fundamentos do SUS com a durabilidade de vinte e quatro meses, em dedicação exclusiva, com carga horária de sessenta horas semanais – sendo 80% em atividades práticas e 20% correspondentes às atividades teóricas e teórico-práticas (MARINHO; MARINHO, 2017). A residência em saúde tem uma importância no processo formativo contínuo, articulando-se com profissionais de saúde, gestão e a comunidade,

(...) proporcionando conteúdos técnicos, políticos e científicos e visando a uma formação crítico-reflexiva, com troca de experiências sobre os problemas de saúde. As residências em saúde, multiprofissionais e integradas ao SUS (...) possibilitando mudanças no trabalho e na formação dos profissionais de saúde (MARINHO; MARINHO, 2017, p. 2).

O programa que configura a experiência que está sendo descrita é o Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF) que tem como objetivo geral: “Formar profissionais de saúde de forma regionalizada, para o desenvolvimento da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista a promoção da saúde, ordenamento e consolidação das redes de atenção e a integralidade do cuidado” (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017, p. 8).

Segundo o Manual realizado pela Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Neto (EESP) do Estado da Bahia, representada por Rita Nascimento e Rosângela Gueudeville, as Residências Multiprofissionais:

Constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (NASCIMENTO, R. C. S.; GUEUDEVILLE, 2017, p. 31-32).

A duração total da residência é de dois anos, contudo o programa pode ser dividido, em um primeiro momento, com as vivências voltadas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No segundo ano da residência, as/os residentes contam com o rodízio, sendo seis meses distribuídos em dois períodos em qualquer dispositivo da rede de assistência. Após esse período, as/os residentes terão um mês de estágio em qualquer cidade, estado ou país. Depois retornarão ao município para concluir as atividades e, posteriormente, finalizar a residência com a produção de um Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), que é um mecanismo avaliativo que completa a certificação do processo avaliativo das (dos) residentes, que receberão um conceito (satisfatório, precisa melhorar ou insatisfatório) relativo ao desempenho através do (da) orientador (a).

Conforme supramencionado, as/os residentes ficam alocados em uma USF do município e a proposta é que atuem nas demandas e problemas vivenciados pela comunidade adstrita na unidade, fornecendo suporte ao município.

A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa (...). À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a unidade de saúde de atuação da residência é uma das que possui maior demanda do município. Localiza-se em um bairro periférico, sendo composta por uma equipe com um médico, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, nove agentes comunitários, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um guarda. As demais categorias profissionais como psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e fonoaudiólogo estão presentes apenas na equipe do NASF do município.

A versão regionalizada da residência multiprofissional em saúde da família tem diretrizes pedagógicas que propõem embasamento teórico-crítico capaz de propor modificações nas práticas, possibilitando a aplicabilidade da metodologia ativa de aprendizagem, objetivando uma construção da espiral construtivista, além dos engajamentos dentro do trabalho coletivo, o que favorece a criticidade e autonomia no processo formativo dos profissionais residentes e das equipes que dialogam. Fomentando, portanto, a abertura de espaços propositivos dentro das ações em saúde (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

Segundo Nascimento e Gueudeville (2017), esperam-se um perfil dos/das profissionais que concluem a residência multiprofissional do PERMUSF, deste modo pressupõem que serão generalistas, com um processo formativo humanístico, com domínio crítico que compreenda a “saúde em suas múltiplas dimensões, com o estabelecimento de relações de análise e implicação ética, a partir do reconhecimento da estrutura e formas de organização social, suas transformações e expressões” (2017, p. 14).

Para isso, o residente egresso:

(...) deve ser capaz de analisar as situações de saúde, compreendendo a singularidade do território, da família e do indivíduo, de organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde. Deve realizar suas atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde (NASCIMENTO, R. C. S.; GUEUDEVILLE, 2017, p. 14).

O desenho metodológico do PERMUSF possibilita o trabalho interdisciplinar como o condutor dos fundamentos do Programa por meio da “problematização do conhecimento” através de temas discutidos em sequências trimestrais agrupadas em módulos, selecionadas pela relação com as vivências (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

O acompanhamento pedagógico será efetivado por meio de discussões quinzenais de narrativas construídas individualmente e/ou em equipe, processamento de situações problema, diário cartográfico e por meio de fóruns virtuais interdisciplinares durante todo o módulo, que culminará com a realização de um Seminário Trimestral Interdisciplinar de Avaliação (STI) trimestral presencial. As narrativas serão de livre escolha do(s) residente(s), atendendo ao critério de ter ocorrido no campo de prática e seguindo o termo de referência para sua elaboração, enquanto as situações-problema serão elaboradas pela Coordenação Estadual. Para as discussões das narrativas, os residentes deverão justificar a escolha, destacar o aspecto central que será discutido, articulando às temáticas que compõe o respectivo módulo. (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017, p. 10).

O percurso avaliativo do processo de formação da residência se inicia quando o desenvolvimento reflexivo é avaliado processualmente, visto que as avaliações são referenciadas pela autoavaliação, avaliação grupal, avaliação dos coordenadores/preceptores/tutores/docentes e,

também, das equipes/comunidade. Sendo assim, cada elemento tem um papel essencial no retorno do processo de aprendizagem das/dos residentes, que estabelece, portanto, um estado de (re)avaliação contínua para que as práticas educativas sejam sempre reorganizadas caso seja necessário (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

Metodologia

Para a construção da fundamentação teórica foi utilizada a metodologia exploratória de consultas bibliográficas, subsidiada por artigos científicos, sites, monografias e legislações que têm como objetivo o campo da saúde, sobretudo das políticas que amparam a atenção básica.

O relato foi construído com o auxílio de trabalhos realizados durante a residência, como: sínteses, narrativas, relatórios, projetos, cartilha, banners, folders e pôsteres confeccionados na experiência que está sendo desenvolvida.

Resultados e discussões

Para a concretização das propostas metodológicas da residência, compete a aplicabilidade de estratégias ativas de aprendizagem que propõem a espiral construtivista. O desenvolvimento do trabalho coletivo das/dos residentes estimula o processo formativo contínuo e propositivo. Um dos mecanismos que favorece a evolução do saber é inicialmente por meio da identificação do problema e elementos propositivos que confirmam resolubilidade aos problemas levantados (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

As diretrizes pedagógicas do programa de residência estão forjadas no currículo integrado pautado na Teoria Crítica e têm como referência os fatos sociais na constituição do currículo, proporcionando o entendimento macro do saber e promovendo a maior incisão da interdisciplinaridade em sua constituição (SANTOMÉ apud NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

Segundo o manual, as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser orientadas por:

Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017, p. 31).

As competências direcionadas “(...) geram um fluxo de ação e reflexão no qual é possível superar a dicotomia entre teoria e prática, bem como, entre conhecimento, trabalho e vida” (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017, p. 9). Assim, o currículo integrado do programa da residência se orienta na interdisciplinaridade, o que abre espaços de diálogos entre temáticas que fortalecem a desconstrução de conceitos, propondo também uma práxis inovadora dentro da atenção básica. Inclusive, integração de saberes e práticas que tenham impactos na criação de atribuições que sejam compartilhadas, levando em consideração as demandas de transformações nos setores de gestão e atenção em saúde (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017).

O programa é direcionado por dispositivos pedagógicos que são capazes de fomentar espaços de aprendizagens com um caminho de segmentos de cuidado dentro da rede de atenção à saúde, utilizando metodologias da clínica ampliada, alicerçada na atenção integral, equânime multiprofissional e transdisciplinar, que propõe a (re)avaliação contínua das práticas.

A residência multiprofissional traz como norte conceitual a relevância em suscitar o processo formativo contínuo dos profissionais de saúde, promovendo problematizações acerca da compreensão do cuidado e seus impactos nas políticas de saúde e no próprio processo formativo, atuando de forma a buscar meios para a promoção da saúde de forma compartilhada com a equipe da atenção básica e a equipe multiprofissional.

As intervenções necessárias para a promoção da saúde devem estar centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutive. Essas intervenções devem permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações educativas onde as famílias e as comunidades sejam o foco central da atenção à saúde (COSTA et al., 2009; SERAPIONE, 2005).

A multiprofissionalidade da residência é articulada pelas profissões de Enfermagem, Educação Física, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social. O campo de prática é voltado à atenção básica. Desse modo, como se sabe, a equipe de residentes foi alocada em uma das oito unidades de saúde da família do município. A unidade conta com nove áreas cobertas e uma área descoberta. Assim, foi possível observar as demandas existentes com a territorialização. Há uma percepção de carência de informação sobre saúde e seus direitos. Além disso, é possível observar uma quantidade significativa de jovens gestantes. A maior parte da população idosa é hipertensa e diabética, bem como foram identificados casos de leishmaniose tegumentar, violência doméstica e contra a mulher em seus diversos contextos, depressão e/ou transtornos mentais. Estas são algumas observações pontuais acerca da comunidade.

A experiência no território tem provocado descobertas que remetem a muitas possibilidades interventivas. Conforme nossas observações, esta é uma cidade de pequeno porte com predomínio

de atividade agrícola, localizada próxima a uma rodovia. Dessa forma, observa-se uma relação entre as pessoas e o campo. Neste sentido, por se tratar de uma região muito produtiva, a renda do município gira em torno da agricultura. Suas demandas em saúde são específicas, como a elevada incidência de doenças associadas ao modo de vida no campo.

Após as observações, a equipe de residentes procurou arquitetar a sua atuação no território da unidade de saúde da família, buscando atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de salas de espera, dinâmicas em grupo, atividades educativas e sessões de cinema. Foram construídos projetos de intervenções baseados nas necessidades da população atendida, prezando o vínculo com os (as) pacientes, que é fortalecido também com a realização de visitas domiciliares. Observando, portanto, a realidade social que permeia questões do processo saúde-doença, sendo fator preponderante para visualização do (a) usuário (a) além da patologia.;

Tendo em vista o aparato teórico do programa, a equipe de residentes constitui projetos e realiza ações no âmbito da estratégia de saúde da família. Como exemplo de projeções que foram desenhadas, porém não executadas por conta de recursos (humanos e materiais), destacam-se:

- Horta Medicinal no quintal da Unidade;
- Projeto Gentileza Gera Gentileza;
- Feira do Povo Cigano, quilombolas e religiões de matrizes africanas;
- Mês/semana do Bem-Estar;
- Projeto de Educação em Saúde na Delegacia;
- Ações de Redução de Danos;
- Saúde itinerante nas áreas inacessíveis da Zona Rural;
- Saúde na Feira; Oficina de Letramento;
- Oficina de Arteterapia;
- Grupo de Cuidadores;
- Blitz Educativa;
- Jornal das/dos Residentes;
- Café com a Rede;
- Oficinas de Saúde Bucal para Crianças;

É importante destacar que alguns projetos foram executados, por exemplo, o Projeto Zona Rural/Sede, com a realização de grupos na zona rural; Cine Serraria – atividades com discussões a partir de filmes; Crianças Na Quadra, um projeto anexo ao projeto Movimento Corporal do NASF,

para acolher as crianças participantes da atividade física; Carta de Repúdio apresentada à equipe e ao secretário de saúde como forma de manifesto aos privilégios da categoria médica na unidade e no município; Atividades de Educação em Saúde nas Escolas; Plantão Psicológico; Atendimento social; Orientação nutricional; atendimentos com a fisioterapeuta, Pré-natal; Gestão de serviços; atendimentos; Salas de Espera; Grupos (gestantes, idosos, crianças, Ginástica Laboral, etc.); Facilitador de Encaminhamentos – como forma de facilitar encaminhamentos à rede; Página da Residência nas redes sociais; Grupo de WhatsApp – como forma de mediar o matriciamento no município. Com isso, tais projeções surgem a partir do processo reflexivo de observação do território, de suas especificidades e problemáticas levantadas, criando-se, portanto, objetos de intervenção, que são expressos em cada projeto de intervenção.

Nessa perspectiva:

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. V. o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (NASCIMENTO; GUEUDEVILLE, 2017, p. 33).

Embora os contratempos para efetivação e/ou continuidade de muitas ações projetadas durante o percurso, a residência torna-se um instrumento que propõe desconstruções do modelo biomédico e técnico-assistencial na atenção à saúde brasileira, operacionalizando, por sua vez, as propostas da política de EPS. Para fortalecer essa luta, há tentativas de diálogo entre todos e todas envolvidos (as) nesse processo de formação continuada, desde a gestão dos serviços até os residentes, preceptoria, tutorias (campo e núcleo), equipes parceiras e comunidade, para que haja articulação e estruturação de todo o processo de trabalho. A gestão, como facilitadora das dificuldades práticas, acaba reforçando – ou não – a relevância do programa nos serviços institucionais (MARIANO; MARINHO, 2017).

Não obstante os embaraços sinalizados neste trabalho, a residência multiprofissional regionalizada em Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou autonomia diante de uma escolha política, com os esforços em repaginar os parâmetros assistências em saúde, questionando a supremacia biomédica através de um protagonismo integrativo das ações desenvolvidas inerentes à EPS.

As atividades propostas pelo grupo de residentes conseguem êxito devido à integração de todos os membros envolvidos. Problemas e contratempos surgem, porém o compartilhamento dos

problemas e a busca pela resolução fazem com que a maioria das ações propostas sejam bem desempenhadas. A interação com a equipe da unidade, a abertura e o diálogo positivo com a gestão e a comunidade facilitam o desenvolvimento do processo de trabalho. As ações em saúde são fundamentais para o alicerce de respostas mais assertivas diante das necessidades da população.

Considerações Finais

A discussão acerca da experiência da residência multiprofissional regionalizada como forma de educação profissional em saúde no município assume a função reflexiva das bases teórico-práticas que estão sendo desenvolvidas na cidade, quando existe a participação em propagar experiências do próprio processo formativo, que é composto por observações e reprogramação das práticas, fomentando a interligação da pluralidade de conhecimentos no cotidiano da residência. As intervenções propositivas permitem, sobretudo, a apreensão do processo de ensino-aprendizagem na formação permanente das (dos) residentes (MARIANO; MARINHO, 2017).

Os/as residentes, como categoria profissional, deparam-se com complexidades acerca de questões semelhantes entre os inúmeros núcleos de saberes, tendo vista a definição da residência como um espaço de qualificação de trabalhadores do SUS, realçando a necessidade de formar profissionais mais capacitados, propositivos, democráticos e destacados como sujeitos concretos.

Nota-se a relevância do trabalho em equipe para uma melhor execução das ações propostas durante a residência multiprofissional em saúde, visto que o grupo de residentes é formado por diversas categorias profissionais, em que o auxílio de cada componente é importante para que o trabalho seja feito com maestria, além do fortalecimento do vínculo com as equipes e comunidade.

A participação ativa/direta das (dos) residentes na residência multiprofissional regionalizada em Saúde da Família permite a abertura de espaços de formação e contraposição ao modelo neoliberal, fortalecendo, portanto, um posicionamento teórico-crítico acerca dos possíveis desmontes das políticas públicas brasileiras, especialmente de saúde. Desse modo, a inserção da residência dentro dos espaços de trabalho demonstra a magnitude da inserção de uma equipe multiprofissional nas práticas de atenção à saúde, com interlocução ao ensino, estimulando a ampliação de resolubilidade das equipes de saúde que estão inseridas naquele contexto (MARIANO; MARINHO, 2017).

Dessa forma, a residência multiprofissional em saúde surge para contribuir com o processo formativo dos profissionais da saúde, incrementar o fazer profissional, permitir a troca e vivência de

experiências, além da busca contínua pelo aprimoramento da assistência à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, abrindo possibilidades para desconstruções que contribuam com o erguimento de uma nova práxis na Atenção Básica no país.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acessado em: 12:41, 18 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília (DF): SGETES; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): SGETES; 2005.

COSTA, G. D. da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 01, p. 113- 118, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

MARIANO, L. C. de O.; MARINHO, T. P. C. Residência multiprofissional em saúde na perspectiva do serviço social em hospital público: relato de experiência. *Sanare, Sobral - V.16 n.01*, p. 136-142, Jan./Jun, 2017.

NASCIMENTO, R. C. S.; GUEUDEVILLE, R. M. Manual do residente. Salvador: SESAB/SUPERH/EESP, 2017.

SANTOMÉ, J. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DA REALIDADE: APRENDIZAGEM EM ATO

Adailton Alves da COSTA FILHO¹
Daniel Oliveira Medina Da Silva²
Danilo Conceição Dos Santos³
Arisne Munique Da Silva Ramos⁴
Luciana Alaíde Alves Santana⁵

Resumo

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em uma tendência contrária ao modelo hegemônico de formação em saúde e alinhada com movimento da “Universidade Nova” implantou o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), em 2009, no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Nesse bojo, com o objetivo precípuo de articular, a partir de vivências em comunidade, o conteúdo teórico e prático trabalhados em cada semestre do curso instituiu-se um módulo transversal denominado “Processo de Apropriação da Realidade (PAR)”. O objetivo do trabalho foi a partir da análise documental, descrever a importância da aprendizagem em ato para formação em saúde. A proposta analisada estrutura-se a partir da interação de múltiplos conhecimentos. Inicia-se como reconhecimento dos conhecimentos dos educandos, em sala de aula, até a troca de saberes advinda das atividades desenvolvidas conjuntamente com as comunidades. O estudo e debate da aprendizagem em ato de forma decolonial são de extrema importância para o reconhecimento das lacunas sociais e o papel da educação no processo de exclusão ou inclusão. Entendendo o PAR, como um componente curricular integrador de diversos saberes e pautado na dialogicidade, este módulo apresentou-se como um elemento curricular desafiador para discentes, docentes e comunidades. É de suma importância para o processo de quebra e (re)construção de paradigmas.

¹ Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira, Santo Antônio de Jesus, Brasil – adailtonalves@hotmail.com

² Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira, Santo Antônio de Jesus, Brasil - dan-medina@hotmail.com

³ Bacharel em Saúde. Discente de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira, Santo Antônio de Jesus, Brasil - danniloconceicao@hotmail.com

⁴ Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira, Santo Antônio de Jesus, Brasil - munique_arisne18@hotmail.com

⁵ Doutora em Ciências da Educação, na área de concentração Sociologia da Educação do Instituto de Educação da Universidade do Minho em Portugal (2017), Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e como Vice-Coordenadora do Observatório Nacional da Inclusão e Diversidade na Educação - lualaide@ufrb.edu.br

Palavras-chave: Educação Permanente; Aprendizagem; Práticas Interdisciplinares

Abstract

The Federal University of Recôncavo da Bahia (UFRB), in a tendency contrary to the hegemonic model of health training and aligned with the “New University” movement, implemented the Interdisciplinary Bachelor of Health (BIS) course in 2009 at the Health Sciences Center (CCS). In this bulge, with the main objective of articulating, from experiences in community, the theoretical and practical content worked in each semester of the course a transversal module denominated "Process of Reality Appropriation (PAR)" was instituted. The purpose of the study was to analyze the importance of learning in health education. The proposal analyzed is structured through the interaction of multiple knowledge. It begins as a recognition of the students' knowledge in the classroom, until the exchange of knowledge resulting from the activities developed jointly with the communities. The study and debate of learning in decolonial form are extremely important for the recognition of social gaps and the role of education in the process of exclusion or inclusion. Understanding the PAR, as an integrating curricular component of diverse knowledge and based on dialogicity, this module presented itself as a challenging curricular element for students, teachers and communities. And it is of paramount importance for the process of breaking and reconstructing paradigms.

Keywords: Education, Continuing; Learning ; Interdisciplinary Placement

Introdução

A partir dos anos 2000, com a criação de políticas públicas na área da educação, o Brasil avançou na expansão do ensino superior. O documento impulsionador deste processo foi Plano Nacional de Educação (PNE) 2001-2011, este propôs elevar a taxa bruta de matrícula no ensino superior para 50% e a taxa superior a 30% na faixa etária de 18 a 24 anos, até o final da sua vigência (PNE, 2001). Com isso, foram elaboradas medidas que viabilizassem o alcance das metas propostas, as quais enfatizavam a necessidade de promover a interiorização, a diversificação da oferta de cursos, criação de auxílios que viabilizassem a permanência material dos estudantes, qualificação do quadro de docentes e expansão da oferta e da qualidade do ensino superior.

O Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), lançado em 2007, e a Lei de Cotas (Lei nº 12.711), outorgada em 2012, foram ações governamentais fundamentais para a ampliação do acesso permanência dos

acadêmicos na graduação. Estas ações produziram mudanças no campus universitário brasileiro, que paulatinamente foi se tornando mais democrático e interiorizado (SANTANA, 2017; RISTOFF, 2014; RISTOFF, 2013; BRASIL, 2012; BRASIL, 2007).

Segundo, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), de 2003 a 2014, foram criadas 18 universidades federais, totalizando 63 em todo Brasil, o que representou um aumento de 40% da rede federal de ensino superior (INEP, 2015).

A educação superior no Brasil tradicionalmente caracterizou-se por ofertar cursos de formação linear ou profissionalizantes, com valorização do método “bancário” de aprendizagem (ALMEIDA FILHO, 2007; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008; ANASTASIOU, 2001). Este perfil intensificou-se nas graduações da área da saúde, nas quais o “modelo biomédico”⁶, ainda, é hegemônico na realidade brasileira (ALMEIDA, 2010; PAGLIOSA, 2008; DE MARCO, 2003; KOIFMAN, 2001).

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em uma tendência contrária ao modelo hegemônico de formação descrito, anteriormente, e alinhada com movimento da Universidade Nova⁷ implantou o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), em 2009, no Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O BIS/CCS/UFRB corresponde ao ciclo geral, comum aos cursos de Enfermagem, Nutrição, Medicina e Psicologia. Trata-se de um curso pautado na interdisciplinaridade com enfoque nas culturas humanísticas, artísticas e científicas, articuladas a saberes do campo da saúde (Santana, Oliveira & Meireles, 2016) que visa o desenvolvimento da capacidade crítica dos educandos em um conceito ampliado de saúde (TEIXEIRA *et al*, 2013).

⁶O modelo biomédico tem uma perspectiva de corpo como máquina complexa, subdivida entre partes que se relacionam de forma natural e harmônica, na qual há necessidade de manutenção especializada. O modelo que fundamenta o ensino e a prática biomédica tem um marco importante no início do século XX com a publicação do Relatório Flexner. Embora haja controvérsias em relação ao relatório, seus princípios afirmam a determinação biológica das doenças, a formação médica centrada nos hospitais e o estímulo à disciplinaridade e à especialização, decorrente da visão reducionista do conhecimento científico (ALMEIDA, 2010; PAGLIOSA, 2008; KOIFMAN, 2001.)

⁷O movimento “Universidade Nova” conduzido pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e inspirado nas orientações de Anísio Teixeira (UDF, 1930) e Darcy Ribeiro (UNB, 1960), propunha uma nova organização da estrutura acadêmica com a instituição do regime de ciclos de formação. Os Bacharelados Interdisciplinares (BI) representavam o primeiro ciclo de formação em uma grande área de conhecimento, com duração de três anos, e os currículos estruturados para oferecer componentes curriculares de formação geral e formação básica na grande área do BI. Os estudantes egressos dos bacharelados poderiam acessar o segundo ciclo de formação profissionalizante, o terceiro ciclo de formação em nível de pós-graduação ou o mundo do trabalho (ALMEIDA FILHO, 2014; TEIXEIRA & COELHO, 2014; XAVIER, LIMA, & TORRES, 2013; SANTANA, OLIVEIRA & MEIRELES, 2016).

Para efetivação dos princípios descritos acima a matriz curricular do curso de BIS/CCS/UFRB instituiu um módulo transversal denominado “Processo de Apropriação da Realidade (PAR)”. Neste documento o PAR, tinha o objetivo precípuo de articular, a partir de vivências em comunidade, os conteúdos teóricos e práticos trabalhados em cada semestre do curso. Este texto tem como finalidade descrever o módulo PAR, ao longo do percurso formativo dos estudantes do BIS, bem como problematizar sobre o seu potencial em promover a descolonização do pensamento e a interculturalidade no âmbito da formação em nível de graduação no campo da saúde.

Descrição metodológica

A caracterização do módulo PAR foi realizada a partir da análise de dados secundários. Esta ocorreu por meio de análise documental do Projeto Pedagógico da Curso de BIS e do livro “Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos” ((PCC, 2014; SANTANA; OLIVEIRA; MEIRELES, 2016).

Esta análise focou na apreensão da estrutura do módulo PAR por meio da técnica de análise de conteúdo – que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2014).

Quanto ao tipo de análise de conteúdo é comum o uso daquelas que possuem categorias pré-definidas, as quais são construídas a partir do referencial teórico e antes da análise, e outras que emergem da análise e que a priori não possuem um referencial teórico (COUTINHO, 2013).

Na perspectiva de Bardin (2014), a análise de conteúdo estrutura-se a partir das seguintes fases: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; e (3) o tratamento dos resultados, inferências e interpretações. A seguir, serão descritas como estas fases foram realizadas neste estudo.

Na fase de pré-análise, os documentos analisados foram submetidos a três etapas: (1) leitura flutuante, com finalidade de conhecer o texto, demarcação do que foi objeto de análise (módulo PAR); (2) formulação das hipóteses (A estruturação dos módulos PAR, no curso de BIS, pautado no desenvolvimento de ações de pesquisa-

extensão propiciam encontro de saberes e, conseqüente, ruptura com uma ciência colonial); (3) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2014).

Em seguida, na exploração do material realizou-se a escolha de unidades de análise (UA), enumeração (contagem das UA) e, por fim, a categorização. Estas categorias fundamentaram a interpretação final, estas foram: estrutura curricular, objetivos do módulo PAR, estratégias metodológicas adotadas no módulo, princípios norteadores.

Os dados foram classificados de acordo com estas categorias, logo os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades. Segundo Bardin (2014), uma categorização deve agregar as seguintes qualidades: um elemento não pode ser classificado em duas categorias; dimensão única de análise; categorias devem ser coerentes com objetivos da pesquisa; objetividade e fidelidade e produtividade.

Após este processo, realizou-se a fase final da análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2014), a qual constitui-se pelas etapas: tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Enfim, este foi o momento da análise dedicado à busca de sentido, do que não estava explícito, ou seja, o significado real, bem como um momento fundamental para estabelecer um diálogo entre a informação empírica e o referencial teórico.

Resultados - O módulo “processo de apropriação da realidade - PAR”

1. Estrutura curricular do curso, objetivos e metodologias do PAR

A estruturação curricular do BIS se baseia em Unidade de Produção Pedagógica (UPP) organizados em seis eixos verticais (“Ser Humano e Realidade”; “Saúde, Cultura e Sociedade”; “Saúde e seus Determinantes”; Saúde e Qualidade de Vida”; “Sistemas e Políticas de Saúde”; “Específico”), que se articulam entre os componentes curriculares. Integrada a essa organização curricular, temos o módulo transversal chamado de “Processos de Apropriação da Realidade – PAR”. O papel deste componente curricular

é de articular os saberes trabalhados nos demais módulos que compõem a UPP, por meio de vivências em comunidades, proporcionando uma aprendizagem em ato do mundo científico/real.

No PPC do curso os autores referiram que o módulo PAR tinha a função de estimular a atividade reflexiva nos atores sociais envolvidos, potencializando a vinculação e o compromisso sócio-sanitário da universidade com a sociedade potencializando o trabalho coletivo e investigativo na produção do conhecimento. Além de balizar a formação acadêmica nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a necessidade e demanda social por reestruturações nos processos formativos, sobretudo, dos cursos de saúde.

O curso do BIS/CCS/UFRB possui duração de três anos, no currículo deste curso, os módulos PAR estavam presentes em cinco semestre, ou seja, durante 2 anos e meio os educandos vivenciam experiências em uma determinada comunidade. Na organização curricular descrita no Quadro 1 é possível observar os eixos que compõem o curso, módulos obrigatórios de cada UPP e as estratégias metodológicas integradoras utilizadas no âmbito do módulo PAR.

2.Princípios Orientadores dos módulos “PAR”

Por meio das vivências dos estudantes em um cenário social específico (comunidade/bairro) e sob orientação de no mínimo dois professores de formações acadêmicas distintas, ocorre um processo de construção de projetos de pesquisa/extensão em parceria com as comunidades durante 2 anos e meio de formação de modo possibilitar a convivência entre distintos saberes (acadêmico e popular). Sobre este processo destaca-se o seguinte trecho do PPC:

A articulação entre os diversos campos de saberes surge como uma estratégia para o desenvolvimento de uma formação mais integral e integrada às realidades humanas que possuem múltiplas formas de compreensão, interpretação e explicação (BIS/CCS/UFRB, 2014).

O PPC do curso assumiu como princípios orientadores a “Ecologia de Saberes” um conceito desenvolvido por Boaventura de Souza Santos que segundo este autor significa:

[...] um conjunto de epistemologias que partem da possibilidade da diversidade e da globalização contra-hegemônica e pretendem contribuir para as credibilizar e fortalecer. Assentam em dois pressupostos: 1) não há epistemologias neutras e as que clama sê-lo são as menos neutras; 2) a reflexão epistemológica deve incidir não nos conhecimentos em abstracto, mas nas práticas de conhecimento e seus impactos noutras práticas sociais. Quando falo de ecologia de saberes, entenda-o como ecologia de prática de saberes (SANTOS, 2006: p.154).

Outro elemento constituinte do módulo PAR foi o conceito de educação como prática libertadora, na perspectiva de Paulo Freire. Deste modo, as estratégias de ensino descritas nos documentos valorizam o diálogo permanente e horizontal ente os agentes sociais envolvidos no processo educacional, a leitura crítica do mundo e a construção do conhecimento a partir da realidade dos educandos e comunidades. Ademais, enfatizava-se o trabalho de equipes, estratégias pedagógicas flexíveis de modo a articular os conhecimentos do senso comum, científico, cultural e artístico.

A proposta analisada estrutura-se a partir da interação de múltiplos conhecimentos. Inicia-se como reconhecimento dos conhecimentos dos educandos, em sala de aula, até a troca de saberes advinda das atividades desenvolvidas conjuntamente com as comunidades. Com isso as expectativas explicitadas nos documentos analisados ressaltavam que a experiência permitiu a quebra do paradigma hegemônico de formação caracterizado por realizar-se entre quatro paredes, de forma unidirecional e focalizada somente no saber científico. Por outro lado, também, estimulou-se o fomento e reafirmação da função social da universidade no contexto local como espaço de problematização.

O curso ainda adotou uma estratégia de socialização da experiência denominada “Seminário Integrativo”, este evento ocorre ao final dos semestres os trabalhos produzidos em cada UPP do PAR. Segundo os documentos consultados este evento visava divulgar os conhecimentos apreendidos pelos estudantes com intuito de promover a integração entre os agentes sociais promotores do PAR. Neste contexto, diversas linguagens deveriam ser utilizadas de modo a possibilitarem e estimularem a criatividade dos estudantes no percurso da vida acadêmica (BIS/CCS/UFRB, 2014).

Após apresentação da estrutura dos módulos PAR no curso do BIS faz-se necessário retomar a hipótese central deste estudo, qual seja: a estruturação dos módulos PAR, no curso de BIS, pautado no desenvolvimento de ações de ensino-pesquisa-

extensão propiciam encontro de saberes e, conseqüente, ruptura com uma ciência colonial.

O processo de colonialidade incide na relação de dominação e hierarquização, condicionando a ação humana na repetição da negatização de determinados grupos sociais (WALSH, 2009). Nesse contexto, há uma propagação mundial da categorização binária do conhecimento: científico – tradicional; oriente – ocidente. O curso de BIS/CCS/UFRB e, mais especificamente, o módulo “PAR”, surgiram propondo uma ruptura com uma ciência colonial, que hierarquiza o conhecimento, e supervaloriza a produção acadêmica baseada em métodos e teorias eurocêntricas, causando um silenciamento epistemológico da cultura e conhecimentos de povos tradicionais.

Segundo Boaventura Souza Santos,

A organização universitária e o *ethos* universitário foram moldados por este modelo de conhecimento. Acontece que, ao longo da última década, se deram alterações que desestabilizaram este modelo de conhecimento e apontaram para a emergência de um outro modelo. Designo esta transição por passagem do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário (SANTOS,2004; p 29).

Diante disso, é possível entender que a construção dos modelos pedagógicos tradicionais foi um reflexo, do mundo dominante, e conseqüentemente do capitalismo e seus desdobramentos, ou seja, a produção acadêmica, a partir dos moldes do conhecimento colonial.

Neste modelo, adotado no BIS/CCS/UFRB observou-se a ruptura com modelos tradicionais na medida em que o educando foi exposto a uma relação nas comunidades capaz de observar, sentir, ouvir e anotar e com isso permitiu o cruzamento de olhares sobre a realidade, que se traduziu em experiências de construção/reconstrução/construção de conceitos e práticas entre os envolvidos no processo de aprendizagem em ato (educandos, educadores e comunidade). Esse cenário possibilita o surgimento de uma rede teórico/prático e a aprendizagem significativa, com ênfase na experiência em ato.

Adicionalmente, o conhecimento acadêmico ao extrapolar os muros da universidade, deixa de ser produzido para a população e passa a ser construído com ela. Segundo o pressuposto de Paulo Freire (2006, p.79) “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Freire, considerava que a construção do

conhecimento deveria se dar de modo coletivo, valorizando assim os saberes das classes populares. As mudanças nos currículos e nos processos formativos, focalizando e valorizando o aprendizado em ato, assumiria uma ferramenta para alcançarmos práticas em saúde mais integrais, levando em consideração a construção de novo olhar dos profissionais sobre determinada realidade.

Nesse sentido, o diálogo e construção estabelecidos pela criação de vínculo presente na proposta dos módulos “PAR”, seria uma aproximação com o que Boaventura de Souza Santos denominou de conhecimento pluriuniversitário (SANTOS, 2004). Nessa realidade, a sociedade deixa de ser apenas um objeto de coleta e pesquisa, e passa ser sujeito da ciência, do conhecimento, da partilha e construção de outro modelo de aprendizagem e formação.

Conclusões/Contribuições/implicações para a educação na saúde (formação e educação permanente em saúde)

O estudo e debate da aprendizagem em ato de forma decolonial no PPC e nos componentes curriculares são de extrema importância para o reconhecimento das lacunas sociais e o papel da educação no processo de exclusão ou inclusão. Entendendo o PAR, como um componente curricular integrador de diversos saberes e pautado na dialogicidade, este módulo apresentou-se como um elemento curricular desafiador para discentes, docentes e comunidades. É de suma importância para o processo de quebra e (re)construção de paradigmas.

Nesse processo formativo, o estabelecimento da formação em ato está fortemente associado ao ambiente, o sujeito que aprende e as interações entre sujeitos/ambiente e aprendizagem. Sendo assim, a aprendizagem coletiva torna-se singular, no qual cada indivíduo tem um olhar crítico/reflexivo sobre a realidade. E o conhecimento dessa realidade fomenta as mudanças das práticas em saúde.

A análise documental pode não dá conta da riqueza da vivência dos envolvidos com este processo de aprendizagem, certamente, os encontros e desencontros devem ser inúmeros e das mais diversas ordens. Este registro buscou apontar que outros caminhos existem para construção da profissionalidade no campo da saúde e também sugere a

necessidade de pesquisas qualitativas que busquem identificar o significado dessas vivências e aprendizagem em ato para docentes, discentes e comunidades envolvidas.

As evidências encontradas nos documentos permitiram inferir que o modelo de organização curricular, em especial a trajetória do módulo PAR, pode contribuir para o reconhecimento da pluralidade, valorização das diferenças e, sobretudo, decolonização da formação dos estudantes, professores e comunidade. Nesse intuito, o PAR apresentou-se como uma possibilidade de formação acadêmica interdisciplinar e decolonial no âmbito da educação superior no contexto do Recôncavo da Bahia, visto que o contexto tem o poder de modificar o texto, por meio de signos e significados próprios.

Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Universidade Nova: textos críticos e esperançosos. Salvador: EDUFBA, 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública, 2010.

ANASTASIOU, Léa da Graças . Metodologia de ensino na universidade brasileira: elementos de uma trajetória. Campinas, São Paulo: Papirus, 2001.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70 Lda.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm. Acesso em: 20 jan. 2017.

BIS/CCS/UFRB. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Cruz das Almas: UFRB, 2014. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/ccs/cursos-de-graduacao/cursos-de-graduacao/bis>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Lei Nº 12.711, de 29 de agosto De 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, 29 de agosto de 2012.

_____. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília, 24 de abril de 2007.

Censo da educação superior 2013: resumo técnico. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2015.

COUTINHO, Clara Pereira. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática. Vol. 2ª Ed. Coimbra: Almedina S.A, 2013

DE MARCO, Mário Alfredo (org.). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE Vol. VIII(1)

UFRB. Plano de desenvolvimento Institucional. Cruz das Almas: UFRB, 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica, 2008.

RISTOFF, Dilvo. Vinte e um anos de educação superior: expansão e democratização. Rio de Janeiro: Cadernos do GEA: UERJ, 2013

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. Avaliação, 19, pp. 723-747, 2014

SANTANA, Luciana Alaíde Alves. O Sucesso Educativo de Estudantes Egressos de Cursos de Graduação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. 2017. 440 f. (Doutorado em Ciências da Educação) – Instituto de Educação da Universidade do Minho, Braga-Pt. 2017.

SANTANA, Luciana Alaíde Alves.; OLIVEIRA, Roberval Passos de. (Org.); MEIRELES, Everson Cristiano de Abreu. (Org.). Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos. 1. ed. Cruz das Almas: 2016. v. 300. 176p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A universidade do século XXI: Para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar de. A Universidade no século XXI: para uma universidade nova. Coimbra: Almedina, 2008.

SOARES, Micheli Dantas.; SANTANA, Luciana Alaíde Alves; OLIVEIRA, Roberval Passos.; ALVES, Vânia Sampaio. Processos de Apropriação da Realidade: integração ensino, pesquisa e extensão na matriz curricular. In: Santana, Luciana Alaíde Alves; Oliveira, Roberval Passos de; Meireles, Everson. (Org.). Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos. 1ed.Cruz das Almas: UFRB, 2016, v. 1, p. 77-92.

TEIXEIRA, Carmem Fontes de Souza; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ROCHA, Marcelo Nunes Dourado. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1635-1646, June 2013.

WALSH, Catherine. Interculturalidade, crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: CANDAU, Vera Maria. Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

Quadro 1: Sistematização metodológica das ações de ensino, pesquisa e extensão integradas no PAR.

UPP – Eixo temático	Módulos obrigatórios	Estratégias metodológicas integradoras adotadas no PAR
Eixo I: Ser Humano e Realidade	Processos de Apropriação da Realidade I; Diversidades, Cultura e Relações étnico-raciais; Conhecimento, Ciência e Realidade; Universidade, Sociedade e Ambiente; Laboratório de Leitura e Produção de textos Acadêmicos.	Produção de conhecimento por meio de observação e realização de um Estudo de Meio, possibilitando ao estudante a construção de sentidos sobre uma dada realidade
Eixo II: Saúde, Cultura e Sociedade	Processos de Apropriação da Realidade II; Cultura e Sociedade; Estudos em Saúde Coletiva; Biociências; Laboratório de Língua Inglesa I.	Construção e estabelecimento de vínculos dos estudantes com a comunidade, de modo a possibilitar o conhecimento mais profundo e próximo das dimensões socioculturais e biológicas da comunidade.
Eixo III: Saúde e seus Determinantes	Processos de Apropriação da Realidade III; Situação de Saúde; Laboratório de Língua Inglesa II.	Construção de diagnósticos situacionais de saúde em comunidade, à luz de instrumentos e técnicas que possibilitem a produção de indicadores de saúde
Eixo IV: Saúde e Qualidade de Vida	Processos de Apropriação da Realidade IV; Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida; Laboratório de Língua Inglesa III.	Possibilitar a ampliação dos modos de operar a construção diagnóstica da situação de saúde em comunidade e de seus métodos e técnicas de intervenção
Eixo V: Sistemas e Políticas de Saúde	Processos de Apropriação da Realidade V; Estado e Políticas de Saúde; Comunicação e Educação em saúde; Laboratório de Língua Inglesa IV.	Intervenção em comunidade e de gestão em saúde guiados por uma perspectiva de educação popular, que tomem como base para o seu planejamento o diagnóstico etnoepidemiológico da situação de saúde da comunidade.

Fonte: Baseado no PPC (2014) e livro do BIS (UFRB, 2016, v. 1, p. 77-92).

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE E SEUS DESAFIOS METODOLÓGICOS E EPISTÊMICOS: UMA PERSPECTIVA SOBRE O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DA REALIDADE V

Ana Rita Rios de Almeida¹
Deives de Souza Muniz²
Jackson Luiz Rosa Andrade³
Ramoni Alves Malta⁴
Carlos Alberto Santos de Paulo⁵

Resumo

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), utiliza-se de espaços curriculares que possibilitem a interação e troca entre docentes, discentes e comunidade. Estes espaços estão voltados para a produção de conhecimento e a imersão em comunidades para o aprendizado e prática de atividades de pesquisa e extensão. Desta forma, este artigo apresenta um olhar sobre um relato de experiência baseado na vivência da intervenção comunitária na Escola Municipal Hercília Tinoco Andrade (EMHTA), localizada no bairro da Salgadeira, na cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, através do componente Processo de Apropriação da Realidade V (PAR V) no curso do BIS da UFRB. Tem como objetivo realizar análise reflexiva sobre a experiência de inserção e vivência estudantil, considerando os princípios norteadores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e o Eixo Sistema de Políticas e Saúde definido para a Unidade de Produção Pedagógica V (UPP V).

Palavras-chaves: Interdisciplinaridade; Educação Popular; Comunidade

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, E-mail: ritarios78@hotmail.com

² Graduando do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, E-mail: munizdeives@gmail.com

³ Graduando do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, E-mail: jackissyandrade@gmail.com

⁴ Graduanda do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, E-mail: mony_malta@hotmail.com

⁵ Doutor em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: carlosalberto@ufrb.edu.br

Abstract:

The Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) of the Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), uses curricular spaces that allow interaction and exchange between teachers, students and community. These spaces are focused on the production of knowledge and immersion in communities for the learning and practice of research and extension activities. This article presents a look at an experience report based on the experience of the community intervention in the Escola Municipal Hercília Tinoco Andrade (EMHTA), located in the neighborhood of Salgadeira, in the city of Santo Antônio de Jesus - BA, through the component of the Reality Appropriation Process V (PAR V) of the BIS course at UFRB. The objective of this study is to carry out a reflexive analysis about the experience of insertion and student experience, considering the guiding principles of the Bacharelado Interdisciplinar em Saúde and the Policy and Health System Axis defined for the Pedagogical Production Unit V (UPP V).

Keywords: Interdisciplinarity; Popular Education; Community

Introdução

Os cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI) surgem nos âmbitos das universidades federais a partir de 2009, como resultado dos avanços da discussão da proposta da “Universidade Nova” fundamentada nos pressupostos do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído pelo Decreto 6096/2007. No Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) foi instituído no segundo semestre de 2009. De acordo com as reflexões do Professor Naomar de Almeida Filho⁶, um dos incentivadores da implantação do BI, a universidade nova teria seu maior impacto nos aspectos filosóficos e conceituais das funções culturais e sociais da educação superior, uma vez que cabe à universidade descobrir e cultivar talentos e capacidade criativa para o desenvolvimento econômico, social e cultural da sociedade. Assim, propôs-se uma reorientação da formação acadêmica a partir da oferta de formação, em regime de ciclos e módulos formativos, consubstanciados no Projeto Pedagógico do Curso de BIS (PPC/BIS). Segundo o PPC, os BI que inicialmente compreendiam quatro cursos - Ciência & Tecnologia, Artes, Humanidades e Saúde - representam o primeiro ciclo formativo,

organizado para ofertar uma formação universitária geral como base propedêutica para progressão aos ciclos de formação profissional (terminalidades) em um período de três anos. Posteriormente, os egressos dos BI estariam habilitados a acessar o segundo ciclo de formação cujo caráter se configura como profissionalizante, ou a acessarem diretamente o terceiro ciclo de formação, em nível de pós-graduação; ou, até mesmo, o mercado de trabalho (SANTANA, 2017).

Na UFRB, foi implantado o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), inspirado nos BI da UFBA, com a proposta de reorientação da formação profissional em saúde, buscando avançar nas limitações dos modelos formativos vigentes em questões como: o reconhecimento da complexidade dos processos saúde-doença-atenção, o distanciamento dos profissionais de saúde dos sujeitos usuários dos serviços, a terapêutica excessivamente interventiva, centrada no diagnóstico, a construção, implementação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (PPC/BIS, 2014). Na UFRB, as terminalidades no BIS são os cursos de psicologia, enfermagem, nutrição e medicina.

Como princípios norteadores desse processo formativo, o BIS/UFRB estabeleceu: a interdisciplinaridade, concebida como a articulação entre os diversos campos de saberes com a finalidade de desenvolver uma formação mais integrada e assentada nas múltiplas formas de compreensão e explicação da realidade; a dinâmica do conhecimento, compreendida como o desenvolvimento da autonomia e do papel ativo na construção do conhecimento; a responsabilidade social e autonomia, baseada no entendimento dos sujeitos enquanto seres culturais e históricos capazes de interferir crítica e conscientemente na realidade social e ambiental gerando transformações; e a flexibilidade curricular, que preza por questões como componentes optativos, atividades de Educação à Distância, articulação do ensino com a pesquisa e a extensão e a garantia de uma terminalidade. No que toca a relação de parceria entre educador e educando, é incentivada a utilização de metodologias ativas e variadas, bem como avaliações processuais (PPC/BIS, 2014).

Para a concretização desse processo formativo, o curso utiliza-se de espaços curriculares que possibilitem a interação e troca entre docentes e discentes, voltados para a produção de conhecimento, a saber: atividades de integração de conteúdo dos módulos (Avaliação Integrativa e Seminários Integrativos) e a imersão em comunidades do município de Santo Antônio de Jesus proporcionando o aprendizado e prática de atividades de pesquisa

e extensão. Estruturalmente, o BIS se divide em eixos integrativos¹ horizontais e verticais, que agem como elementos centrais em torno dos saberes, integrando-os e movimentando-os gradativamente de acordo com a afinidade das temáticas (UFRB, 2014).

[...] a definição de Eixos Integrativos de conhecimentos se dá nas diferentes áreas, em torno de um tema, problema e ações comuns (p.67). A interdisciplinaridade se materializa no currículo do BIS, inicialmente, pela organização do curso em Eixos Integrativos ao invés da tradicional divisão do conhecimento em campos disciplinares fragmentados. Na organização dos Eixos Integrativos do curso, ações e estudos serão sistematizados, na direção do foco de cada eixo, bem como dados e conhecimentos atuais serão integrados em um todo coerente. Além disso, a seleção e efetivação de estratégias de ensino integradoras do Eixo irão permitir ao educando um olhar ampliado. Todo esse processo será analisado e avaliado em sua adequação, relevância e adaptatividade, o que permitirá a ratificação ou rejeição de propostas e a elaboração de soluções para problemas identificados por meio de análise dos resultados (UFRB, 2014)

Assim, os semestres são considerados Unidades de Produção Pedagógicas (UPPs) e são nomeados de acordo com os eixos temáticos, formando respectivamente: UPP 1 – Ser Humano e Realidade. Nessa UPP os discentes da UFRB são imbuídos a problematizar o contexto geográfico/cultural de uma comunidade ou bairro no qual são inseridos por dois anos e seis meses. No caso da turma 2015.1, essa inserção se deu no bairro da Salgadeira. O método utilizado para análise daquele contexto foi a observação exploratória, seguida da aplicação pelos estudantes de um instrumento de coleta de dados semiestruturado, que visava obter informações sobre hábitos, perfil socioeconômico e redes de apoio da comunidade, percurso este que permitiu nos situarmos dentro de um território, caracterizá-lo, e nos aproximarmos daquele contexto.

A UPP 2 teve como tema: Saúde, Cultura e Sociedade, na qual a comunidade acadêmica (discentes e docentes do componente Processos de Apropriação da Realidade-PAR) criou vínculos com o bairro, destacando personalidades de referência ligadas à arte e ao esporte. A metodologia utilizada neste semestre constituiu-se de um percurso etnográfico que resultou na produção e exibição de um documentário, exaltando lideranças e pessoas importantes da Salgadeira. Na UPP 3 – Saúde e seus Determinantes, houve a aproximação com a Escola Municipal Hercília Tinoco de Andrade (EMHTA), foco de um estudo epidemiológico delimitado pelos discentes e professores do PAR III.

O contato com o público escolar abriu possibilidades para uma demanda específica advinda da instituição, o que nos orientou para a intervenção realizada na UPP 4 – Saúde e Qualidade de Vida, com enfoque no uso abusivo de drogas, trabalhado na perspectiva da redução de danos. Apesar do entrave entre docentes da escola e os discentes da UFRB no quesito abordagem do tema, visto que a sugestão da redução de danos, proposta pelos estudantes da Universidade, foi encarada pela escola como arriscada, pois poderia gerar um efeito oposto ao que se esperava. A realização das oficinas evidenciou como a relação de troca, norteadada pelo projeto de felicidade individual trazido pelos alunos da escola, refletindo diretamente na qualidade de vida.

A UPP 5 – Sistemas e Políticas de Saúde caracterizou-se pela construção de um curso de educação popular em saúde, além de uma maior integração entre o componente PAR V e Comunicação e Educação em Saúde. A intervenção foi inspirada na leitura de materiais diversos, dentre os quais alguns relatos de experiência que transformaram pessoas de uma dada comunidade em multiplicadores, exaltando a autonomia dos sujeitos. A partir dessas leituras, foram construídos os módulos do curso tendo como facilitadores os discentes da UFRB e como público-alvo os escolares da EMHTA.

Como arcabouço desses eixos temáticos, os módulos do componente ‘Processo de Apropriação da Realidade’, visam articular o tripé ensino-pesquisa-extensão aos outros módulos que concentram os temas da Saúde coletiva, das Biociências e do itinerário formativo. O eixo composto pelo PAR é transversal ao curso, pois se inicia na UPP 1 e finda na UPP 5, o que potencializa a integração dos saberes de diversas naturezas (científicos e não científicos), além de fomentar o compromisso social e sanitário dos bacharelados com a sociedade, mais especificamente com a comunidade a qual se vinculam na UPP 1 (UFRB, 2014).

Este artigo objetiva realizar análise reflexiva sobre a experiência de inserção e vivência estudantil num bairro de Santo Antônio de Jesus – BA, considerando os princípios norteadores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e o Eixo Sistema de Políticas e Saúde definido para a Unidade de Produção Pedagógica V (UPP V). É um dos resultados da vivência dos alunos da turma 01 do BIS, ingressantes no semestre 2015.1, composta por 36 estudantes, dos quais aproximadamente 5% demonstram interesse em cursos como enfermagem e psicologia, enquanto os demais cumpriram o itinerário do BIS em vista de cursar medicina no segundo ciclo. O projeto foi intermediado principalmente pelo componente PAR V, pertencente à UPP V que prevê o desenvolvimento e a aplicação de um

projeto de intervenção na comunidade conforme o estabelecido pela ementa: “Desenvolvimento de ações de comunicação e educação para a implementação e avaliação de projeto de intervenção para a promoção da saúde e qualidade de vida da comunidade” (PPC/BIS/UFRB, 2014).

Trilhando o caminho da Educação Popular

A Educação Popular foi concebida, elaborada e constituída, ao longo da história, por meio da ação-reflexão-ação. Não foi uma teoria que criou a prática, nem a prática que criou uma teoria. Ambas, na vivência educativa, foram determinantes para a concretização de uma práxis pedagógicas. Essa práxis, originada do povo e para o povo, nasceu nos movimentos sociais populares e, por sua vez, ocupou os espaços institucionais. Nesse sentido, entendemos a Educação Popular como uma concepção geral da educação e não, simplesmente, como educação das populações empobrecidas ou “educação não formal” (CADERNOS DE FORMAÇÃO - Prefeitura de São Paulo, 2015).

É a partir de discussões e do entendimento sobre o arcabouço teórico-filosófico da educação popular que surge a ideia de um curso, a partir de uma concepção libertária e transformadora em saúde, voltado para escolares da Escola Municipal Hercília Tinoco de Andrade. Nesse sentido, o curso se configura como uma devolutiva para o bairro da Salgadeira, a qual conhecemos, construímos e nos apropriamos no decorrer de cinco semestres.

O projeto de intervenção aplicado na comunidade foi denominado “Curso de Adolescentes Educadores Popular em Saúde” (CAEPS), com o objetivo de formar multiplicadores para o trabalho entre pares, a partir de questões e problemáticas que atravessam a vida, em especial na adolescência. O curso fora desenvolvido em cinco módulos, sendo os temas discutidos e elencados em sala por nós graduandos, o que se deu após um conhecimento e aproximação com a Escola no PAR IV. Assim, foi possível conhecer o perfil do grupo escolar, suas possibilidades e necessidades de formação, o que nos levou à seguinte definição de temas a serem abordados: o direito à saúde e direito à educação; gênero, sexualidade e prevenção de ISTs; racismo e suas implicações na saúde e bem-viver; prevenção ao uso de drogas na atualidade. A partir disso, buscamos aprofundar a relação da UFRB com a comunidade escolar e contribuir para a formação crítico-reflexiva dos adolescentes frente aos problemas vivenciados e seus direitos.

É nesse contexto que acreditamos ser de fundamental importância fazer uma reflexão através da escrevivência sobre os desafios epistêmicos e metodológicos do BIS, considerando: a aplicação dos princípios norteadores do curso no cotidiano dos estudantes e professores, o desenvolvimento e vivências das UPP V e o processo de construção, aplicação e reflexão dos CAEPS na trajetória dos estudantes do BIS do semestre 2015.1 da Turma 01.

Da imersão no bairro ao vínculo com a escola

A imersão dos estudantes do BIS do semestre 2015.1 da turma 01 na comunidade da Salgadeira teve início em setembro do 2015 e foi intermediada pelo PAR 1, pertencente a UPP 1 – Ser Humano e Realidade. Nesta UPP, foi realizado o Estudo de Meio, objetivando conhecer entre outras questões, o perfil sociodemográfico da comunidade. Pode ser notado, então, que a Salgadeira se localiza a cerca de 1,5 km do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, o que corresponde a aproximadamente 10 minutos de caminhada. O bairro é composto majoritariamente por pessoas negras (pretas e pardas), adultos e idosos. Além disso, grande parte dos moradores residem naquele bairro há mais de 20 anos, sendo grande parte do sexo feminino com ensino médio completo.

Em cada UPP foi estabelecido contatos ora com representantes e lideranças da Salgadeira, ora com instituições como a EMHTA. A relação entre a escola e a turma se iniciou na UPP 3 – Saúde e seus determinantes, quando aquela instituição nos abriu as portas para aplicarmos um estudo epidemiológico sobre automedicação o que resultou em um artigo não publicado que aborda a automedicação em escolares do ensino fundamental de uma escola pública em um município do interior da Bahia e os fatores a ela associados.

O vínculo com a comunidade da Salgadeira se fortaleceu a partir da UPP 4 – Saúde e Qualidade de Vida, no momento em que conseguimos estabelecer uma parceria com a EMHTA. A partir de então, começamos a trabalhar com a temática “Álcool e outras drogas” com os alunos da instituição. A necessidade de se trabalhar com a temática foi sinalizada pela direção da escola na UPP anterior, mas, enquanto turma (professores e alunos), não demos a devida atenção àquela sinalização naquele momento, o que só foi priorizado na UPP IV. Nesta UPP, exploramos a temática do álcool e outras drogas junto com os projetos de felicidade dos escolares, buscando associá-los aos fatores de proteção e numa abordagem baseada na redução de danos. Além disso, também começamos a pensar no projeto de intervenção, que foi amadurecido apenas no semestre seguinte.

A quinta UPP, sob o eixo Sistemas e Políticas de saúde, apresenta no seu componente PAR a diretriz para implementação de um projeto de intervenção para a promoção da saúde e qualidade de vida. Orientado pelos docentes dos componentes PAR V, Estado e Políticas de Saúde e Comunicação e Educação em Saúde, construímos coletivamente o Curso de Adolescentes Educadores Populares em Saúde (CAEPS) voltado para escolares, baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem que contemplassem aquela realidade.

Modos de caminhar - considerações sobre o Curso de Adolescentes Educadores Populares em Saúde

Desenvolver uma intervenção comunitária se mostrou com um importante nível de complexidade para nós estudantes, por envolver o trabalho com um público diverso daquele em que estamos inseridos e acostumados e portadores de saberes diversos daqueles sobre os quais nos pautamos. Foi necessário nos despirmos das vaidades de sermos alunos universitários, pisar no chão, e nos aproximar das histórias de vida e comunitárias daquele público formado primordialmente por estudantes de 14 a 17 anos, de ambos os gêneros. Além disso, com as discussões e leituras foi possível entender que essa intervenção não teria um caráter de “educação bancária” (FREIRE, 1987, p. 34) onde um detém o saber e passa aos demais. Os adolescentes seriam sim, sujeitos ativos na construção do processo. Com o curso foi possível ver e viver, na prática, a circulação de ideias, através de atividades construídas coletivamente, o que nos faz pensar em novas formas de atuação que possam potencializar e construir mudanças.

Assim, alcançamos as escolhas das dinâmicas e oficinas de trabalho a serem realizadas junto aos adolescentes na Educação Popular e nos princípios teórico-metodológicos que orientam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), o que está em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, também abordamos os temas da saúde em vista da promoção, proteção e recuperação da saúde, valorizando a diversidade de saberes, os saberes populares, a ancestralidade e o incentivo à construção individual e coletiva de conhecimento. (PNEPS, 2012)

A relação Escola Municipal Hercília Tinoco de Andrade, estudantes do BIS e UFRB foi mediada pelas demandas que coexistiam em ambas as instituições. A Universidade pode vir a ser um ente transformador dentro do contexto histórico no qual está inserida. A relação

UFRB com as instituições sociais em Santo Antônio de Jesus - BA agrega particularidades, visto que é uma conquista social com reflexos em diversas áreas considerando que a interiorização das universidades reflete significativamente no contexto geográfico e político. Conforme ressalta Brito (2014): “as repercussões dessa interiorização relacionam-se com as transformações não só econômicas, mas também sociais e espaciais, considerando, por exemplo, a mobilidade populacional, os fluxos de maneira geral, maior integração do território e novas sociabilidades”. Por outro lado, a escola que sozinha se sentia incapaz de assistir demandas que fugissem àquelas estabelecidas no planejamento pedagógico, viu na parceria com a UFRB um apoio substancial para mediar com a comunidade escolar o problema do uso abusivo das drogas pelos estudantes/adolescentes.

Na UPP V o processo de aproximação ocorreu em momentos tanto com agendamento prévio junto à gestão da escola, tanto em momentos pontuais de reuniões com professores e coordenação. A partir de discussões e do entendimento sobre a educação popular surge o Curso de Adolescentes Educadores Populares em Saúde (CAEPS) para os estudantes da Escola Municipal Hercília Tinoco de Andrade, com o propósito de desenvolver uma forma de intervenção comunitária e uma devolutiva para a comunidade da Salgadeira, onde nos inserimos e trocamos aprendizados durante cinco semestres.

A estratégia utilizada no curso foi de fundamental importância para o sucesso da intervenção, uma vez que foi priorizado o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento com os alunos. O diálogo é um dos princípios apresentados na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), que é essencial na relação horizontal, onde cada um contribui com o seu saber para uma construção crítica de um novo conhecimento, de forma compartilhada, colaborativa e respeitosa. É importante enfatizar que o conhecimento de um sujeito não anula o de outro nessa relação, assim o diálogo amplia o reconhecimento de diversidades. Desse modo, a construção compartilhada do conhecimento se dá a partir da relação entre pessoas de cultura, grupos de saberes e contextos sociais diferentes para a produção de conhecimento e construção de práticas em saúde de forma participativa, considerando as vivências e os saberes dos envolvidos na relação horizontal (PNEPS, 2012).

A emancipação, acordo com a PNEPS, é um dos principais objetivos da Educação Popular, ela trata da conquista da autonomia, da superação de diversas formas de opressão, exploração, discriminação e violência. Na saúde, entende-se que emancipação significa

principalmente que os indivíduos sejam protagonistas em seu processo saúde-doença, e tenham autonomia nas decisões sobre sua saúde, superando a hegemonia e o autoritarismo que ainda insistem em prevalecer nos sistemas de saúde (PNEPS, 2012).

Dessa maneira, os princípios teóricos-metodológicos da PNEPS serviram como base para construção e exercício do CAEPS. Na nossa experiência, foi possível notar que a prática desses princípios é permeada de desafios. Escutar, dialogar, compartilhar, construir e reconhecer a autonomia são verbos contundentes no campo teórico, mas que no campo prático são ações cheias de nuances e extremamente trabalhosas. Portanto, colocar em ação tais princípios foi certamente uma das tarefas mais difíceis e ao mesmo tempo gratificante, visto que exigem tanto a perspicácia para o trabalho direto com atores sociais, que muitas vezes requer a improvisação e o reajuste de percurso, quando a abertura para o novo, que na maioria das vezes é transformador.

Um dos maiores desafios na construção do CAEPS foi a interdisciplinaridade. Essa norteia a possibilidade de (inter)relação do ensino com atividades de pesquisa e extensão, previstas no projeto do BIS, colabora com uma formação mais generalista do que tecnicista, com a diminuição do desprestígio do conhecimento cotidiano e estimula o movido pela diversidade. (UFRB, 2014). Contudo, colocar em prática a dinâmica de um curso que contemple outros componentes da UPP V (PAR V, Biointeração II, Ciências Morfofuncionais III, Estado e Políticas de Saúde, Comunicação e Educação em Saúde) e ainda sintonize com os tempos da organização pedagógica da EMHTA foi essencialmente desafiador. A cada encontro realizado para viver a experiência da Educação Popular em Saúde, o itinerário previa o debate das questões biológicas/afetivas/culturais do público alvo.

O entendimento dos corpos docente e discente da UFRB, envolvidos neste trabalho, em relação à interdisciplinaridade como método para atingir o sucesso do curso era prioridade. Nesse sentido, a interdisciplinaridade não configura uma teoria ou um método novo: ela é uma estratégia para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos, que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração real das disciplinas. A interdisciplinaridade surge a partir de um movimento contra hegemônico que visa transformar os modos de produzir ciência, já que os métodos pedagógicos tradicionais não acompanham a realidade complexa (PAVIANI, 2008).

Para vivenciarmos a interdisciplinaridade no contexto do curso, foi necessário um

processo de desconstrução e reconstrução de nossas próprias percepções sobre o tema, diante do rompimento com uma lógica hegemônica que ainda prevalece nas práticas pedagógicas. Para isso, foi necessário nos apropriarmos da realidade durante o tempo que estivemos imersos. Esse processo culminou na produção do CAEPS, de modo que pudemos articular nesse curso os conhecimentos de diversas áreas dos saberes, como ciências humanas e naturais, através de práticas que dialogassem tanto com o conhecimento científico quanto com o senso comum, para assim, compreender e intervir de forma integral, respeitando a realidade e as demandas da escola.

Vivência do Curso de Adolescentes Educadores Populares em Saúde

A realização de cada momento era permeada pelo inesperado, já que no processo de educação popular o conhecimento está no caminho oposto da verticalidade. Compor a estrutura de uma programação em que componentes da área biológica e da saúde coletiva dialoguem constitui uma tarefa árdua, já que foi necessário conectar fragmentos para trabalhar de forma mais profunda e ampliada.

Em praticamente todos os momentos, pode ser notado nas expressões dos estudantes da EMHTA o desejo de descobrir coisas novas e aprender sobre as temáticas discutidas no CAEPS. O primeiro módulo do curso teve como tema central “Saúde e Educação se faz com participação”. Neste encontro foram discutidas questões relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sua presença em todas as instâncias das vidas das pessoas, buscando sempre desconstruir e (re)significar (pre)conceitos que estão associados à imagem do sistema e à importância da participação da sua existência e eficiência.

O segundo módulo, nomeado de “Amor e Sexo”, teve como objetivo discutir as questões relacionadas à sexualidade, gênero, reconhecendo diversidades de orientações sexuais e a importância do feminismo para a construção mútua do respeito. Neste encontro debateu-se também questões relacionadas à fisiologia do sexo e às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), suas formas de transmissão, tratamento e prevenção. É importante salientar a partir desse módulo o forte caráter interdisciplinar do CAEPS, visto que se buscamos discutir os conteúdos propostos pelos módulos do curso a partir de várias perspectivas conceituais e disciplinares. A temática da sexualidade é um exemplo disso, posto que buscamos não nos limitarmos somente ao enfoque biologicistas das disciplinas do itinerário formativo do BIS, que muitas vezes centram-se nas questões relacionadas à saúde reprodutiva e às IST's, mas sim dialogar com outras áreas de conhecimentos para reconhecer

o corpo e a sexualidade enquanto potências, assim problematizando condutas, analisando as diversas formas de estar no mundo e direcionando as ações para a autogestão e autocuidado, a fim de ampliar e potencializar a promoção da saúde.

O terceiro módulo, “Tornar-se Negro” como o próprio nome já diz, faz menção à complexidade e importância do debate sobre a questão racial. Nesse módulo, foi feita uma contextualização histórica, tendo como questão central a desnaturalização do racismo enquanto epifenômeno que estrutura as relações sócio-étnico-raciais e o impacto destes na formação dos adolescentes. Esse momento mostrou-se dinâmico à medida em que os estudantes do BIS em interação com estudantes da escola, suscitaram um ambiente propício para que esses últimos expressassem suas percepções e vivências enquanto jovens negros.

O quarto módulo, intitulado “Conversando sobre Drogas” voltou-se para dialogar sobre o uso abusivo das drogas, especialmente o álcool. Nesse momento, foi possível discutir questões como: os fatores e motivos que levam ao uso e abuso de drogas, os riscos associados a esse comportamento. Também houve narrativas sobre as vivências dos jovens em relação a vulnerabilidade a que são submetidos nesta fase da vida, cujos processos de transformação biopsicossocial conjugados com as precárias condições de vida, os conduzem por vezes a um baixo aproveitamento escolar e a mudanças repentinas de comportamento. Neste módulo, a participação desses adolescentes possibilitou uma reflexão desse fenômeno multidimensional tanto para o campo da saúde, quanto para o campo da educação.

No quinto módulo, último encontro do curso com os jovens, o qual denominamos “culminância”, os estudantes da EMHTA construíram uma devolutiva sobre tudo que havia sido trabalhado durante o CAEPS. Essa ocasião propiciou a demonstração do protagonismo que assumiram nesse processo. Assim, utilizaram-se de diversos recursos (encenações teatrais, músicas, poesias, dentre outros) para pontuar questões relacionadas aos subtemas que mais lhes marcaram nos encontros anteriores.

Em suma, o CAEPS foi um momento ímpar em nossas trajetórias. De início, marcado pela apreensão em se trabalhar com a metodologia da Educação Popular, que na prática é bastante complexa, pois requer sempre a habilidade da escuta e do diálogo e exige a disponibilidade ao novo e ao imprevisível. Nesse sentido, a interdisciplinaridade se mostrou uma ferramenta auxiliadora nesse processo, pois sempre nos ajudou a pensar os fenômenos e a realidade de forma objetiva e complexa, concebida a partir das interpretações de vários lugares de fala.

É importante considerar também que o intercruzamento das nossas trajetórias com as trajetórias dos estudantes da EMHTA foi transformador. Esse encontro nos possibilitou reconhecer na prática que, de fato, se aprende ensinando e se ensina aprendendo, e que todo esse processo é potencializado quando extrapolamos os muros da Universidade ou trazemos para dentro dela aqueles que estão em seu entorno, os quais são muitas vezes vistos por nós como acríticos, acientíficos e irracionais.

Os aprendizados e ensinamentos possibilitados por esse encontro de trajetórias não se resumiram à história de implementação do SUS, às informações sobre o corpo humano, aos efeitos orgânicos das drogas ou às indicações de prevenção e promoção à saúde. Para além disso, os conhecimentos construídos nessa relação com os estudantes da EMHTA correspondem principalmente a questões como: o reconhecimento dos direitos e da importância da participação social; o respeito às diversas formas de pensar e estar no mundo; a importância da aproximação da relação universidade/comunidade; a amorosidade, o afeto e outros valores humanísticos que só são possíveis de serem construídos a partir do encontro entre os sujeitos implicados com o compromisso social.

Considerações Finais

Considerando o projeto pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB e constatando a vivência pedagógica durante os seis semestres do curso, evidencia-se que além de promover uma capacitação de formação teórica embasada nas ciências humanas e biológicas para o segundo ciclo de formação, o curso promove também o desenvolvimento de habilidades e competências com interface em fundamentos humanísticos, científicos e artísticos que se reflete em um bacharelado capaz de agir com autonomia ao longo de sua atuação e na construção de sua história no campo da saúde.

Ao proporcionar uma visão ampliada tanto da saúde quanto das construções sociopolíticas do país, o BIS produz egressos imbuídos de um olhar integrado com as múltiplas áreas do conhecimento. Essa característica do curso contrapõe à formação linear a qual leva um profissional ao mercado desconectado da realidade. O bacharelado constitui uma formação que tem como perspectiva modelar um profissional ético, político e socialmente comprometido. Esse cenário promove a consolidação de um processo formativo que confere criticidade ao sujeito, o que o faz consciente do seu papel para atuação profissional. Essa etapa afere requisitos importantes para melhor desempenho do discente no

ciclo subsequente (o da terminalidade).

Em contrapartida, no decorrer deste processo formativo também é possível encontrar alguns desafios metodológicos epistêmicos que se confrontam com os princípios do próprio curso, como a questão da interdisciplinaridade. Este princípio, na maioria das vezes, é colocado em prática com muita dificuldade, visto que o diálogo entre os saberes (conteúdos programáticos dos componentes curriculares que concentram os temas da Saúde Coletiva, das Biociências e do Itinerário Formativo) é dificultado principalmente pela falta de habilidade de muitos docentes de trabalhar de forma interdisciplinar. Logo, esse cenário, dificulta as atividades interdisciplinares dos alunos, que são muitas vezes os únicos potencializadores dos diálogos dos saberes, e qualidade das ações propostas na comunidade e o processo formativo.

A construção e a execução dos módulos que compuseram o Curso de Adolescentes Educadores Populares em Saúde constituem uma nova formatação ao bacharelado da UFRB: o de mediador. Como nos lembra Lima (2010), a mediação representa um mecanismo movido pelo diálogo, que apresenta alternativas para construção do processo de autonomia. O mediador, então, tem o papel de interagir com um grupo a partir do diálogo ético, considerando alguns aspectos, tais como, o contexto cultural, experiências de vida, desigualdades, dentre outros. A experiência com a EMHTA permitiu o desenvolvimento dessa habilidade o que também incorpora à formação dos discentes do BIS a percepção do caráter transformador que a educação popular proporciona.

Sendo assim, a partir da ampliação das arestas ajustadas ao itinerário formativo do bacharelado, o profissional de saúde formado partindo dessa concepção de ciclo, habilita-se a ser um profissional com competências técnicas, mas sobretudo como um sujeito engajado com os valores do SUS, com capacidade de atender às demandas de um sistema de saúde e com discernimento para compreender a heterogeneidade das características dos usuários e das equipes.

A experiência impactou também os estudantes da EMHTA, como pudemos notar no encontro de culminância dos quatro módulos, onde eles fizeram uma devolutiva do que foi trabalhado durante o curso. Outro ponto positivo foi a execução do CAEPS nas instalações da Universidade, o que aproximou os jovens da EMHTA do ambiente acadêmico fazendo com que neles fosse despertado e demonstrado o desejo de ocupar aquele espaço futuramente, o

que antes, para alguns deles, parecia tão distante da realidade. Depois disso, os estudantes por iniciativa própria, nos procuram para auxiliá-los a fazer o repasse do que foi construído no curso para os colegas de outras turmas.

O componente Processos de Apropriação da Realidade nos conferiu instrumentos político-pedagógicos para superar os desafios encontrados e atuar com êxito em nossa vivência. Além disso, nos despertou para reconhecer as demandas de uma realidade complexa e intervir de uma forma eficaz, promovendo saúde, atuando sobre os seus determinantes e condicionantes, que ultrapassam as dimensões biológicas dos indivíduos e das comunidades.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRITO, Leonardo Chagas de. A importância dos estudos sobre interiorização da universidade e reestruturação territorial. Espaço e Economia, 2014. Disponível em: <http://espacoeconomia.revues.org/802> ; DOI : 10.4000/espacoeconomia.802, Acesso em 25 de maio 2018.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O que é afinal a Universidade Nova? Disponível em http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/UFBA_universidade_nova.pdf - Acesso em 20 de maio 2018.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido, 17ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

LIMA, Vítória Régia Rodrigues. *Mediação de conflitos no ambiente escolar: uma questão para gestão escolar*. 2010. 62f. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS). Fortaleza, CE, 2010.

PAVIANI, Jayme. Interdisciplinaridade: conceitos e distinções. Ed. rev. 2. Caxias do Sul: Educs, 2008.

PMSP/IPF - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/ INSTITUTO PAULO FREIRE, 2015. Cadernos de Formação - Conselhos Participativos Municipais. São Paulo.

SANTANA, Luciana Alaíde Alves. *O sucesso educativo de estudantes egressos de cursos de graduação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia*. 2017. 415f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Educação, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/48707>>. Acesso em: 20 maio 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Santo Antônio de Jesus BAHIA, 2014.

NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE (NDE). Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Ministério da Educação. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Pró-Reitoria de Graduação – PROGRAD. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Santo Antônio de Jesus – BA, 2014.

TRANSFORMAÇÃO NA FORMAÇÃO E NAS PRÁTICAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO À SAÚDE: O CAMINHO DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Tatiane Santos Couto de Almeida¹
Núbia Cristina Rocha Passos²
Ismael Mendes Andrade³

Resumo

É objetivo deste artigo discutir a aprendizagem significativa enquanto estratégia capaz de impactar satisfatoriamente na formação de sujeitos e de suas práticas na atenção à saúde. A contemporaneidade tem exigido rompimentos de paradigmas e mudanças de atitudes para dar conta de um modelo de atenção à saúde equânime, produtor de resultados, com serviços acessíveis e resolutivos. As demandas de hoje extrapolam sobremaneira a visão biológica. Suplantar os muros do biologicismo, de saberes compartimentalizados e considerar os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e espirituais, significa ao menos mudar a postura profissional. E essa mudança precisa ser iniciada com uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética. As metodologias ativas são se constituem respostas, mas apontam em muitos estudos como um caminho para a transformação educacional, à medida que se utiliza estratégias que problematizam a nossa realidade, a partir da ação-reflexão-ação para construção de soluções oportunas e favoráveis para cada contexto. Portanto, a abordagem construtivista é um caminho a ser seguido nesse processo de construção e ressignificação dos aprendizados. Dentro das reflexões apresentadas, é certo que existem muitas estratégias educacionais que englobam as metodologias ativas. A escolha pela ação deve estar alinhada com o objetivo, com a intencionalidade. Todavia, o que precisa estar em evidência é o favorecimento da autonomia do educando e que eles tenham controle sobre a sua aprendizagem, de modo que a mesma seja produtora de significados e de resultados para o mundo do trabalho e da vida.

Palavras-chave: Aprendizagem. Metodologia. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Abstract

The objective of this article is to discuss meaningful learning as a strategy capable of satisfactorily impacting the training of subjects and their practices in health care. Contemporaneity has required paradigm breaks and changes of attitudes to account for a model of equitable health care, producer of results, with accessible and resolvable services.

¹ Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP) E-mail: tatiane.almeida@facemp.edu.br

² Mestra em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Faculdade Maria Milza (FAMAM), docente da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP). E-mail: nubia.rocha@facemp.edu.br

³ Doutorando em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Planejamento Territorial pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente e Coordenador da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP) E-mail: ismael.andrade@facemp.edu.br

The demands of today extrapolate the biological vision. To supplant the walls of biologicism, of compartmentalized knowledge, and of considering the psychological, social, environmental and spiritual aspects, at least means changing the professional position. And this change must be initiated with a general, humanistic, critical, reflexive and ethical formation. The active methodologies are if they constitute answers, but in many studies they point as a way to the educational transformation, as strategies are used that problematize our reality, from the action-reflection-action to the construction of opportune and favorable solutions for each context. Therefore, the constructivist approach is a way to be followed in this process of construction and re-signification of the learning. Within the reflections presented, it is certain that there are many educational strategies that encompass the active methodologies. The choice for action must be aligned with the goal, with the intentionality. However, what needs to be in evidence is the favoring of the learner's autonomy and that they have control over their learning, so that it is a producer of meanings and results for the world of work and life.

Keywords: Learning. Methodology. Knowledge, Attitudes and Practices in Health.

Introdução

O alicerce do processo educacional está ancorado na percepção de que o homem não possui todo o conhecimento que deseja, portanto é imprescindível investir na sua atuação no mundo para integrar novos conhecimentos e atualizar os saberes já existentes. A capacidade de agir e modificar a si mesmo e a sociedade revela que o homem está em constante ação e reflexão, de tal modo que a educação se solidifica na transformação do ser que, ao mesmo tempo em que intervém na realidade, é por ela transformado (MORETTI-PIRES, 2012).

Partindo do pressuposto de que o homem não é uma “página em branco”, reconhece-se que parte do processo educativo acontece fora do âmbito acadêmico, enquanto espaço institucionalizado. Todas as experiências desde a infância, perpassando pela escola, o convívio social e o que este possibilita se constituem importantes condutos de aprendizado. Tais atividades fazem com que a construção do conhecimento seja mais completa, já que o indivíduo pode relacionar o que estuda nos espaços institucionalizados com o que aprende fora dele.

É preciso, pois, utilizar os conhecimentos prévios como ponto de partida para a construção de novos conhecimentos, estimulando as reflexões sobre seus próprios saberes e suas atuações cotidianas no trabalho, de modo a posicionar-se de forma crítico-reflexiva e possivelmente reconstruir suas práticas e, por conseguinte, modificar as realidades. É importante trazer essa reflexão para o atual contexto da saúde brasileira, que mesmo após três

décadas do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não consegue materializar seus princípios.

Desta forma, o uso de estratégias educacionais durante o processo de formação dos profissionais de saúde pode contribuir para que estes assumam sua parcela de responsabilidade para transformar positivamente o processo de trabalho no SUS e, sobretudo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, aponta-se a aprendizagem significativa como uma dessas estratégias oriundas da interação professor-educando e que a partir desta constrói-se o novo e suscita uma dinâmica adaptativa, a partir do que é importante e significativo para o educando (SOUZA et al., 2015). Numa acepção ampla, a aprendizagem se diz significativa quando os conhecimentos formulados passam a dar sentido ao saber e à prática de quem aprende (MOREIRA, 2011).

Motivados por essas ponderações, relatam-se aqui as reflexões oriundas da aprendizagem significativa enquanto constructo capaz de modificar a formação e as práticas no âmbito da atenção à saúde. Destaca-se a potencialidade deste tipo de aprendizagem na trajetória da compreensão dos novos significados no processo de ensino aprendizagem.

Assim, a partir das reflexões provocadas pelas atividades desenvolvidas no curso de pós-graduação “Preceptoria no SUS”, ofertado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa em parceria com o Ministério da Saúde, no ano de 2017, surgiu a seguinte questão norteadora: De que forma a aprendizagem significativa pode transformar a formação em saúde e as práticas no âmbito do SUS? Para responder ao questionamento proposto, traçou-se como objetivo: Discutir a aprendizagem significativa como caminho para a transformação da formação em saúde e as práticas no âmbito do SUS.

As construções oriundas da pós-graduação “Preceptoria no SUS” reverberaram o desejo de elaborar uma narrativa que discutisse a aprendizagem significativa enquanto estratégia capaz de impactar satisfatoriamente na formação de sujeitos motivados a dar sentido e a materializar o que aprende e, para além disso, que dê novos significados aos aspectos teóricos no âmbito da prática, estabelecendo uma práxis inovadora, capaz de locupletar-se e de modificar cenários desafiadores no campo da atenção à saúde.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, que segundo Rother (2007) se refere a publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

Para a sua estruturação são utilizados fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas, com o objetivo de fundamentar teoricamente o objetivo proposto. Assim, para a sua construção, além de artigos científicos, foram utilizados a Política Nacional de Educação Permanente vigente, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina e o Caderno do Curso de Preceptoría no SUS do Instituto Sírio Libanês, os quais discutiam o uso de Metodologias Ativas e a Aprendizagem Significativa como constructos para a transformação da formação em saúde e das práticas no âmbito do SUS.

Uso de Metodologias Ativas na Preceptoría no SUS: um caminho para a aprendizagem significativa

O curso de Preceptoría no SUS desenvolve-se com base em um currículo integrado, o qual oportuniza uma conexão teórico-prática, aproximando as discussões embasadas em teorias e o mundo do trabalho, como pressuposto primário de sua iniciativa educacional.

Como forma de dar respostas a excessiva fragmentação na produção do conhecimento, o processo de ensino-aprendizagem do curso sustenta-se na: 1) abordagem construtivista, a qual a partir da interlocução entre experiência, ambiente e capacidade individual, permite ao indivíduo ampliar suas capacidades; 2) metodologia científica, embasada em formulação de problemas que buscam testar hipóteses; 3) aprendizagem significativa, quando o aprender parte de um problema do cotidiano e através de respostas para as perguntas formuladas, buscam-se novos sentidos e significados para dar respostas ao problema identificado; 4) integração teoria e prática, no momento que se constroem pontes entre o ensino e a prática cotidiana, combinando saberes e dando sentido à atuação profissional; 5) dialogia, quando se valoriza diferentes perspectivas frente a um problema (INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2017).

A estrutura do curso ancora-se nos eixos “simulação da prática”, com a representação da realidade através de simulações que estimulam a aprendizagem e “contexto real do trabalho”, em que os participantes trazem e exploram sua prática profissional, no sentido de

articular as aprendizagens construídas no curso e sua aplicabilidade no campo de atuação para modificar realidades (INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2017).

Todo esse processo é veiculado pela utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, seja em atividades presenciais ou à distância, de forma a combinar diferentes ações educacionais, orientadas ao desenvolvimento de competências e, por meio delas, ampliarem e potencializarem o aprendizado.

Assim, como ações educacionais, elencam-se: 1) Situação-problema (SP), quando uma situação da prática profissional age como disparadora do processo ensino-aprendizado, onde no primeiro momento produz-se uma síntese provisória, com formulação de questões de aprendizagem, identificação de problemas, elaboração de hipóteses e, posteriormente, a partir da socialização das buscas, faz-se a construção de novos saberes; 2) Aprendizagem baseada em equipe / team based learning (TBL), cada participante analisa individualmente o contexto, respondem questões e compartilham suas escolhas com o grupo. Após o compartilhamento das escolhas individuais e discussão com o grupo, chega-se a um consenso, com posterior discussão com especialistas; 3) Socialização das produções em plenária, para o compartilhamento das novas sínteses; 4) Oficina de trabalho, a qual pode ser utilizada diferentes abordagens metodológicas; 5) Simulação, através de vídeos de dramatização, avalia-se as situações clínicas simuladas; 6) Narrativa de prática (NP), elaborada a partir das experiências individuais, possibilitando a reflexão sobre os contextos dos participantes; 7) Viagem Educacional (VE), atividade social e/ou artística dentro de um contexto pedagógico, a qual contribui para ampliar e diversificar a aprendizagem; 8) Portfólio, produção individual que retrata a trajetória no curso; 9) Projeto Aplicativo (PA), atividade coletiva para construção de uma intervenção na realidade, a partir de um problema identificado; 10) Aprendizagem autodirigida (AAD), momento para realização de buscas e análise das informações, por meio de reflexões individuais e 11) Plataforma interativa de educação a distância, para o compartilhamento de experiências, dados e informações (INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2017).

Observa-se que são diversas as estratégias educacionais e cada uma se fundamenta no desenvolvimento de capacidades delineadas no perfil de competência. Assim sendo, a escolha por cada uma ou por conjunto articulado de estratégias deve considerar as necessidades individuais e coletivas, as reflexões sobre a prática profissional; a integração teórico-prática e a utilização de metodologias ativas no contexto de aprendizado.

Três coisas chamam a atenção sobre as ações educacionais: a primeira se trata da potencialidade das ações supracitadas, no sentido de que todas potencializam as interações, favorecendo o processo de escuta-reflexão-resignificação dos saberes e a partir desta tríade dá-se a aprendizagem. Partindo de um problema, de uma experiência ou de uma simulação é possível extrair um aprendizado significativo do compartilhamento de vivências e ideias, das discussões motivadas pelo grupo e pelas próprias estratégias educacionais priorizadas.

A segunda relaciona ao papel dos facilitadores na condução das ações educacionais para o desenvolvimento do perfil de competência. Além de ser mediador das interações, o facilitador age com respeito frente aos saberes do outro, estimula a reflexão, a criticidade, respeita a autonomia dos especializandos, instiga a construção de novos saberes e, por fim, reconhece que o processo educacional é inacabado.

Por fim, sobre o papel dos especializandos, os quais se deslocam da condição de passividade e de reprodutores de informações transmitidas pelos docentes para o caminho da proatividade: os especializandos são também sujeitos do processo ensino-aprendizagem, na medida em que já possuem conhecimentos prévios que estimulam a produção de outros conhecimentos, que se constituem ativos frente aos disparadores de aprendizagem e que se reconhecem como sujeitos em constante aprendizado. Para além disso, respeitam as diversas opiniões e os diferentes caminhos para a construção do objeto de investigação e para a transformação das realidades.

Ou seja, o próprio caminhar metodológico da pós-graduação em Preceptorial no SUS estimula o processo da aprendizagem significativa, seja pela mudança de postura (professor mediador e aluno sujeito de aprendizado), seja pelo rompimento de paradigmas (professor que ensina X aluno que reproduz o que aprende). Esse movimento conduzido por diferentes estratégias educacionais para construção de conhecimentos e uma nova postura para professores e alunos facilitaram a minha compreensão acerca da produção de conhecimento.

Importa salientar, a relação preceptor-aluno como elemento efetivo no processo de formação de profissionais de saúde, estimula o desenvolvimento de competências, a partir de vivências e trocas de experiências em contextos reais. Menciona-se ainda, a importância da postura dos profissionais que se reconhecem na condição de eternos aprendizes, como passo importante para entender que a construção do conhecimento é um processo contínuo e que as relações que mantemos com os pares, com o mundo do trabalho favorecem essa construção. A edificação do conhecimento parte da interação teórico-prática e das relações que se

estabelecem nas trajetórias, nas quais se articulam conhecimentos, habilidades e atitudes que juntas se desdobram em competências que nos preparam para o mundo da vida e do trabalho.

Aprendizagem Significativa como agente transformador da formação de profissionais de saúde e de suas práticas

As metodologias ativas como recurso didático de ensino-aprendizagem objetivam alcançar e motivar o educando que, quando colocado diante um problema, é capaz de refletir e contextualizar-se, ressignificando suas descobertas. Assim, as metodologias ativas podem contribuir de forma significativa e eficaz para o processo de ensino-aprendizagem (MITRE *et al.*, 2008).

Trata-se de uma prática pedagógica inovadora, cuja participação coletiva democrática se mostra como condição fundamental para uma aprendizagem significativa, visando por meio da reflexão e do compartilhamento de conhecimento, a formação do indivíduo, à medida que se relaciona com outros e se apropria da realidade (BORGES; ALENCAR, 2014).

Aprendizagem significativa é definida como “um processo no qual uma nova informação é relacionada a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo” (VASCONCELOS; PRAIA; ALMEIDA, 2003, p. 15). Desta forma, essa aprendizagem conecta os conhecimentos prévios do educando com os novos conhecimentos (PELIZZARI *et al.*, 2002).

Dewey (2011), por sua vez, coloca a prática e a problematização como elementos fundamentais para a construção do conhecimento. A partir das experiências cotidianas, os indivíduos aprendem, assim como o ato de problematizar, trocar informações, debater e agir sobre o problema contribui para gerar um conhecimento dito como significativo.

No cerne desta discussão, compreende-se que adotar metodologias ativas significa romper com o paradigma da pedagogia tradicional, onde professor não é o único responsável pela aprendizagem, mas que há no processo de construção do conhecimento uma corresponsabilidade entre educando e professor, de modo a não apenas construir, mas de dar sentido aos novos conhecimentos, fortalecer a autonomia e criar argumentos capazes de transformar as realidades.

Nesse sentido, seguir os pressupostos de uma aprendizagem significativa, implica adotar didáticas nos currículos capazes de contemplar a formação de novas competências que

abarcuem a complexidade das realidades atuais. Assim, é necessário substituir uma formação disciplinar, fragmentada, biológica, mecanicista para outra vertente que dê conta de uma formação integradora, sistêmica e interdependente.

Segundo Feuerwerker e Almeida (2003), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) assinalam a necessidade do uso de metodologias inovadoras para trabalhar o ensino voltado às necessidades ou que atendam aos desafios de cada realidade.

Portanto, em 2014, houve novas alterações nas diretrizes curriculares do curso de Medicina, ficando mais evidente a proposição da adoção das Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem, enfatizando a importância da avaliação processual ou formativa como requisito para a residência profissional (BRASIL, 2014).

Essa ação coloca a medicina à frente dos demais cursos da saúde quando se refere à adoção de novas propostas curriculares. É de suma importância a revisão das diretrizes curriculares dos demais cursos da área de saúde, a fim de estimular a modificação do processo ensino-aprendizado e isso impacte satisfatoriamente na execução de trabalhos interdisciplinares, na produção de novos conhecimentos e de competências.

Competência, assim sendo, é compreendida como a capacidade de movimentar conhecimentos, habilidades e atitudes, utilizando os recursos disponíveis para desdobrar ações e iniciativas capazes de solucionar os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, prioritariamente nos cenários do SUS (BRASIL, 2014).

Nota-se que o conceito de competência extrapola as formas tradicionais de se fazer educação. É preciso romper paradigmas e lançar-se numa educação libertadora, transformadora. Evidente que esse movimento não é fácil ou rápido, mas acredita-se que as próprias mudanças evocadas pela informatização, globalização suscitarão modificações do modo de se construir conhecimentos e que esses sejam edificados, de modo a responder às exigências do mundo do trabalho.

Assim, é possível que instituições que possuem seu projeto político pedagógico pautado na centralidade de professor como agente do saber e do educando como receptáculo, de uma matriz curricular composta por disciplinas que não se tangenciam e que produzem conhecimentos que não conversam entre si formam profissionais que podem não ser capazes de articular seus saberes de modo a torna-los aplicáveis e transformadores de realidades.

Nessa perspectiva, as instituições de ensino precisam, portanto, transcender o mero repasse de conteúdos e se fazer representar como espaço de aprendizado para a vida, preparando o educando para enfrentar os desafios.

Vale mencionar que da mesma forma que os espaços institucionalizados de aprendizado precisam romper barreiras e avançar na construção de métodos inovadores, a interlocução entre teoria e prática, representada pelas práticas e estágios são imprescindíveis para aprendizado significativo e para a formação de profissionais humanistas, críticos, reflexivos, proativos, éticos e preparados para o SUS.

O contato simultâneo do educando com o SUS se dá a partir da preceptoria, a qual é conceituada como uma atividade pedagógica, guiada pelo profissional da assistência, com o objetivo de construir conhecimentos relativos a cada área de atuação, bem como auxiliar na formação ética e moral dos educandos, estimulando-os a atuar no processo saúde-doença-cuidado, nos diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BOTTI; REGO, 2008).

Desse modo, o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho. Assume papel fundamental, levando os estudantes a problematizarem a realidade, refletirem sobre as soluções e agirem para responder as questões do cotidiano do ensino/serviço (LIMA; ROZENDO, 2015).

Entende-se que, para cumprir o papel de preceptor e de fazer valer o significado do seu trabalho, se faz necessária uma qualificação pedagógica, tanto nos aspectos teóricos quanto práticos. Lima e Rozendo (2015) apontam que entre as principais dificuldades e desafios no exercício da preceptoria, está o despreparo pedagógico para planejar e avaliar as atividades a serem desenvolvidas, o qual provém de uma formação acadêmica baseada em um modelo curricular voltado para as especialidades e no modo fragmentado e desarticulado de agir em saúde.

Para dar novos rumos ao aprendizado e transformar as realidades, é preciso, inicialmente que se transformem os métodos utilizados para o processo de formação, a fim de preparar os profissionais para atuarem no SUS e contribuir para a superação de um modelo de atenção biomédico, centrado na abordagem biologicista, reducionista, de concepção mecanicista do processo saúde-doença e compartimentalizado.

Muitos são os caminhos, mas registra-se a relevância de construir um novo modelo de ensino-aprendizado, fundamentado em metodologias ativas e professores e preceptores com

perfis de competência que reúnam conhecimentos, habilidades e atitudes para as áreas de Gestão, Atenção e Educação, como capacidades necessárias ao exercício da formação em saúde.

Além da formação, as práticas daqueles que já se encontram no mercado de trabalho também é objeto das reflexões. Observa-se que modelo tradicional de formar profissionais faz com que estes reproduzam no cotidiano do seu trabalho ações e atitudes fragmentadas, descontextualizadas e pouco embasadas nas necessidades dos usuários.

Nesse sentido, existem diversas discussões sobre a formação profissional enquanto desafios do SUS. Frente a este movimento, o Ministério da Saúde tem investido ideias e projetos, seguindo essa tendência de valorização da educação. Em 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, “[...] onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20).

A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009). Do exposto, a educação permanente em saúde no SUS se torna “uma estratégia político-pedagógica e parte do pressuposto da aprendizagem que produz sentido para o sujeito” (SARRETA, 2009, p. 173). Partindo de sua essência, entende-se esta estratégia como relevante, no sentido de redirecionar e ressignificar as práticas no âmbito do trabalho.

Mas frente a esta discussão crítico-reflexiva de contextos teóricos e práticos, quais as contribuições oriundas das Metodologias Ativas para a formação e para as práticas no âmbito da atenção à saúde, no sentido de tonar o aprendizado significativo? Acredita-se que as metodologias ativas podem funcionar como agentes canalizadores de aprendizado em quaisquer espaços.

Citam-se a Situação-Problema, o TBL, a viagem educacional e o Projeto Aplicativo como as estratégias capazes de produzir reflexões que direcionam a um aprendizado provocador de mudanças.

A proposta pedagógica da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) baseia-se numa abordagem pedagógica centrada no educando. A apresentação de problemas tem por finalidade fazer com que este estude e reflita sobre determinados conteúdos. Um dos pontos importantes a se destacar na PBL é o despertar, no educando, da sua autonomia como ser pensante (COSTA, 2011).

A experiência de trabalhar com situações-problemas faz compreender que a dinâmica é fecunda, capaz de induzir a construção de conhecimentos a partir de experiências e de estimular o pensamento crítico, contrapondo com os métodos tradicionais e a mera reprodução de conteúdos prontos. Traz, para o professor, o desafio de superar o paradigma da visão compartimentalizada do conhecimento, proporcionando um ambiente que transforme o educando em um ser crítico, ativo e reflexivo.

As situações-problemas trazem à tona problemas do cotidiano. Levantar ideias para a construção de hipóteses e elaborar questionamentos, proporcionam o aprofundamento de bases teóricas, por meio da leitura de artigos relacionados, bem como a ampliação/ressignificação do olhar acerca dos aspectos teórico-práticos trazidos pelo grupo no momento da discussão. Há de se considerar que observar a realidade, elencar os pontos-chave, construir hipóteses, fundamentar em teorias e retomar a realidade, faz desenvolver habilidades de escuta e capacidades que abarcam as dimensões cognitiva e emocional.

O TBL é um método de aprendizagem dinâmico, motivador e interativo e, conforme as discussões de Bandeira, Silva e Vilela (2017), permite ensinar e aprender de forma colaborativa, por meio de atividades desafiadoras. Possibilita o envolvimento do professor em processos criativos envolvendo-o com a construção de aprendizagens significativas, ativas e conscientes. Para além dos conhecimentos adquiridos sobre o próprio método, duas coisas chamam a atenção sobre a aprendizagem baseada em equipes: não há uma só verdade para os caminhos do conhecimento e, por isso, se faz imperioso o respeito aos diferentes pontos de vista e as defesas das opiniões individuais até o caminho construído para a resposta coletiva e nesse processo o entendimento de que a visão do outro também possui fundamentos.

As viagens educacionais também apresentam potencialidades e são propositivas. Sejam filmes, sejam documentários, despertam aprendizado por meio das emoções. Trazer o contexto da ficção para a realidade mexe com a afetividade e, sobretudo proporciona o deslocamento. Estratégia rica, adequada para mobilização, transformação.

Acredita-se que certamente há uma intencionalidade na escolha dos filmes. Todos trazem lições capazes de agregar ideias transformadoras para o trabalho, mas não apenas isso. As viagens educacionais em meio às reflexões agregam mais sentido à vida. A possibilidade de em momento posterior compartilhar a viagem faz, em meio à liberdade e a capacidade reflexiva de cada um, organizar ideias para explicar as lições que as cenas são capazes de

trazer para as vidas. A escuta do que aquelas cenas foram capazes de reverberar no outro também conduz a reflexão e ressignificação do olhar, do aprendizado.

O projeto aplicativo deve ser realizado a partir da retrospectiva da realidade, na qual apontam-se problemas do cotidiano de cada um dos integrantes do grupo. A ideia do projeto é traçar um caminho com proposições de ações para o enfrentamento do problema priorizado pelo grupo. Como se trata de um grupo é possível a existência de ideias divergentes, mas é importante chegar a um consenso para a priorização do problema e, em seguida, analisar a factibilidade e viabilidade do projeto.

As intencionalidades educacionais do projeto aplicativo por si só já muito ensinam: ampliar a capacidade de leitura da realidade, capacidade de priorizar o problema dentre as inquietudes do grupo, de identificar os atores sociais importantes para o contexto e de explicar o problema. Além disso, soma-se a competência para intervir no problema e de acompanhar a execução do plano de ação elaborado, visando o alcance da imagem-objetivo e a modificação de realidades.

Dentro das reflexões aqui trazidas, é perceptível que existem muitas estratégias educacionais que englobam as metodologias ativas. A escolha pela ação deve estar alinhada com o objetivo, com a intencionalidade. Todavia, o que precisa estar em evidência é o favorecimento da autonomia do educando e que eles tenham controle sobre a sua aprendizagem, de modo que a mesma seja produtora de significados e de resultados para o mundo do trabalho e da vida.

Considerações Finais

A contemporaneidade tem exigido dos profissionais rompimentos de paradigmas e mudanças de atitudes. Mencionam-se as transformações necessárias para dar conta de um modelo de atenção à saúde equânime, produtor de resultados, com serviços acessíveis e resolutivos. As demandas de hoje extrapolam sobremaneira a visão biológica. Suplantar os muros do biologicismo, de saberes compartimentalizados e considerar os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e espirituais, significa ao menos mudar a postura profissional. E essa mudança precisa ser iniciada com uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética.

As metodologias ativas não se constituem respostas, mas apontam em muitos estudos como um caminho para a transformação educacional, à medida que se utiliza estratégias que problematizam a nossa realidade, a partir da ação-reflexão-ação para construção de soluções oportunas e favoráveis para cada contexto. Portanto, a abordagem construtivista é um caminho a ser seguido nesse processo de construção e ressignificação dos aprendizados.

Assim, o contato com as metodologias ativas possibilita vivenciar experiências significativas e, ainda, refletir sobre o processo de aprendizagem. Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa permite olhar para o novo de modo a se reconstruir, trazer novas ideias, novos projetos e vontade de fazer diferente.

Referências

BANDEIRA, D. M. A.; SILVA, M. A.; VILELA, R. Q. B. Aprendizagem Baseada em Equipe. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 371-379, 2017.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. **Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante**: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em Revista. n. 4, p. 119-143, Jul/Ago, 2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 3, p. 363-372, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília, 2009. 64 p.** – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Disponível em: <<http://bit.ly/1PJ56gm>>. Acesso em: 14 out. 2017.

COSTA, V. C. I. Aprendizagem baseada em problemas (PBL). **Rev. Tavola Online**, v. 5, n. 1, mar., 2011. Disponível em: <<http://nucleotavola.com.br/revista/2011/03/01/aprendizagem-baseada-em-problemas-pbl/>>. Acesso em: 14 out. 2017.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 351–352, 2003.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a06v56n4>>. Acesso em: 14 out. 2017.

INSTITUTO SÍRIO LIBÂNES DE ENSINO E PESQUISA. **Preceptoria no SUS**: caderno do curso 2017. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2017, 74p.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.1, p. 779-791, 2015.

MITRE, S. M. I. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/630/63009618.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares**. São Paulo (SP): Editora Livraria da Física, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O. O Pensamento Freireano como Superação de Desafios do Ensino para o SUS. **Rev Bras Educ Med**. v.36, n.2, p. 255-63, Abr-Jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/15.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

PELIZZARI, A. *et al.* Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002. Disponível em: <<http://bit.ly/1Os43kD>>. Acesso em: 20 out. 2017.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**[online]. v. 20, n.2, pp.v-vi. ISSN 0103-2100, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em 20 out. 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 248p. Disponível em: <http://files.servicosocialemfocoac.webnode.com/200000145-db951dc8da/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS-NOVA_P4.pdf>. .9788579830099>. Acesso em: 21 out. 2017.

SOUZA, A. T. O. et al. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 4, p. 713-722, Ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400713&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2017.

VASCONCELOS, C.; PRAIA, J. F.; ALMEIDA, L. S. Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional (Impresso)**, v. 7, n. 1, p. 11-19, jun. 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/267svOp>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM DOCENTES BRASILEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Taís Cordeiro Campos¹
Renata Meira Vêras²

RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são altamente prevalentes e estão entre os principais problemas de saúde que afetam os docentes, sendo uma importante expressão de sofrimento na categoria. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência e os fatores mais comumente associados aos TMC, encontrados em estudos epidemiológicos envolvendo docentes brasileiros. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura através da busca nas bases de dados eletrônicas CAPES, BVS e SCIELO; além da busca manual nas listas de referências dos artigos incluídos. Foram identificados 1.633 artigos na busca eletrônica e 14 na manual. Constituíram a amostra final da pesquisa 12 artigos. Através destes, observou-se que a prevalência de TMC variou de 19,5% a 55,9%, independentemente do nível de ensino e do tipo de instituição. Aspectos laborais e psicossociais do trabalho foram os fatores mais comumente associados ao transtorno. As elevadas taxas de prevalência de TMC em docentes de todos os níveis de ensino revelam um quadro expressivo de sofrimento mental na categoria. A frequente associação com fatores laborais e psicossociais corrobora a importância do trabalho na saúde mental e indica a necessidade de melhoria das condições e organizações do trabalho dos docentes. Espera-se com este estudo alertar a comunidade acadêmica sobre as condições de saúde mental dos docentes e estimular o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando os impactos negativos que o adoecimento mental dos docentes geram nas instituições de ensino.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Professores Escolares. Docentes.

ABSTRACT

Common Mental Disorders (CMD) are highly prevalent and are among the main health problems affecting teachers, an important expression of suffering in the category. In this sense, the present study aimed to describe the prevalence and factors most commonly associated with CMD found in epidemiological studies involving Brazilian teachers. For that, a systematic review of the literature was carried out through the search of the electronic databases CAPES, BVS and SCIELO; besides the manual search in the lists of references of the included articles. A total of 1.633 articles were identified in the electronic search and 14 in the manual. The final sample consisted of 12 articles. Through these, it was observed that the prevalence of CMD ranged from 19,5% to 55,9%, regardless of the level of education and type of institution. Labor and psychosocial aspects of work were the factors most commonly associated with the disorder. The high prevalence rates of CMD in teachers of all levels of education reveal a significant

¹ *Mestranda em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pela Universidade Federal da Bahia/Universidade Federal da Bahia email: taiccampos@gmail.com

² **Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Professora Adjunto da Universidade Federal da Bahia. Email: renatameiraveras@gmail.com

picture of mental suffering in the category. The frequent association with work and psychosocial factors corroborates the importance of work in mental health and indicates the need to improve the conditions and organizations of teachers' work. It is hoped that this study will alert the academic community about the health conditions of teachers and stimulate the development of strategies aimed at health promotion and disease prevention, considering the negative impacts that mental illness of teachers generate in educational institutions .

Keywords: Mental Disorders. School Teachers. Faculty.

Introdução

No desempenho das atribuições docentes encontram-se presentes diversos estressores psicossociais, sejam relacionados à natureza de suas funções ou relacionados ao contexto institucional e social em que são exercidas (CARLOTTO; PALAZZO, 2006). Pesquisas a respeito da saúde mental de docentes brasileiros evidenciam um quadro de deterioração progressiva das condições e organização do trabalho (BATISTA et al., 2016). A intensificação do trabalho docente somada à falta de reconhecimento, desvalorização e perda do significado social tem impactado significativamente sua estrutura psíquica levando este profissional a um estado de angústia e frustração (FORATTINI; LUCENA, 2015).

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para a realização das atividades laborais podem resultar em uma excessiva solicitação de suas funções psicofisiológicas, com conseqüente adoecimento (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Os três principais grupos de problemas de saúde que acometem os docentes são os relacionados à voz, aos problemas osteomusculares e os relacionados à saúde mental (ARAÚJO; CARVALHO, 2009). Dentre os problemas de saúde mental, incluem-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Os TMC compreendem um grupo de expressões de sofrimento que se manifesta pela presença de sintomas como insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas inespecíficas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Englobam os quadros depressivos, ansiosos e somatoformes criteriosamente classificados como tais, assim como as manifestações de sofrimento que não preenchem especificamente todos os critérios desses transtornos presentes nos manuais diagnósticos (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Os TMC configuram um problema de saúde mundial, afetando pessoas de todas as regiões, sendo altamente prevalentes em todo mundo (CARLOTTO, CÂMARA, 2015). Segundo estimativas na população brasileira, cerca de 5,8% da população sofre de depressão e 9,3% dos brasileiros sofrem de transtornos de ansiedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2017). Entre os trabalhadores, considerando a categoria docente, pesquisas também revelam expressivas taxas de prevalência de TMC que variam de 17,8% (SILVA; SILVA, 2013) a níveis alarmantes de 55,9% (REIS et al., 2005).

Diversos fatores, sejam relacionados diretamente ao trabalho ao à vida pessoal fora do trabalho, podem estar associados ao adoecimento mental em docentes, podendo ser citados, dentre outros: condições de vida e de trabalho desfavoráveis, falta de reconhecimento do docente, dificuldades na vida familiar, problemas de comportamento dos alunos e falta de acompanhamento por parte da família (DIEHL; MARIN, 2016; LYRA et al., 2009).

Considerando as elevadas taxas de prevalência e os variados fatores que podem estar associados aos TMC em docentes, é importante organizar os dados evidenciados na literatura a fim de auxiliar nas pesquisas sobre a temática. Além disso, não foram encontrados, na literatura nacional, estudos de revisão sistemática que abordassem especificamente os TMC em docentes. Os estudos epidemiológicos contribuem de forma expressiva para uma melhor compreensão das relações entre os fatores do ambiente social e o surgimento e desenvolvimento de transtornos mentais (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). Neste sentido, o objetivo deste estudo é descrever as prevalências dos TMC, encontradas em pesquisas epidemiológicas envolvendo docentes brasileiros, assim como os fatores mais comumente associados a este desfecho. Para tanto, serão sumarizados ano de publicação, população de estudo, instrumentos utilizados no rastreamento do transtorno, pontos de corte, prevalências encontradas e os fatores associados aos TMC.

Aspectos teórico-metodológicos

O estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática da literatura. Inicialmente foi elaborado um protocolo de pesquisa definindo os direcionamentos da revisão contendo pergunta científica, objetivo do estudo, meios de busca, definição dos descritores e dos critérios de inclusão e exclusão.

Para identificação e busca dos artigos foram utilizadas três bases de dados eletrônicas: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A escolha dessas três bases de dados deve-se ao fato de contemplarem grande parte dos periódicos que abordam a temática saúde. A pesquisa foi realizada através da busca avançada nas bases de dados utilizando os termos em inglês: “*Common Mental Disorders*”, “*Common Psychiatric Disorders*”, “*Common Psychiatric Morbidity*”, “*Minor Psychiatric Disorders*”, “*Minor Psychiatric Morbidity*”, “*Minor Mental Disorders*” combinados pelo operador *booleano* “AND” com os descritores “*Faculty*” e “*School Teachers*”; além dos termos em português: “Transtornos Mentais Comuns” e “Distúrbios Psíquicos Menores” combinados com os descritores “Docentes” e “Professores”. Foram utilizados como filtros: o tipo de estudo (artigo) e o idioma (inglês, português ou espanhol). Os descritores foram definidos a partir da consulta à lista de descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os TMC não possuem um descritor específico no DeCS, por este motivo foram utilizados na busca os termos que comumente os caracterizam. Em detrimento da variedade de termos utilizados para caracterizá-los, esta revisão utilizará a expressão Transtornos Mentais Comuns (TMC). Além da busca nas bases de dados *online*, foi realizada a busca ativa e manual nas referências bibliográficas dos artigos incluídos a partir da busca eletrônica.

Os critérios de inclusão utilizados na busca e seleção foram artigos completos publicados em periódicos revisados por pares que preencheram os seguintes requisitos: disponibilidade dos artigos na íntegra nas bases de dados; estudos epidemiológicos de abordagem quantitativa; publicação no período compreendido entre janeiro de 2000 e dezembro de 2015; amostra composta exclusivamente por docentes brasileiros de qualquer nível de ensino, de instituições públicas ou privadas; e apresentação dos TMC como uma variável com verificação da sua prevalência e dos fatores associados. Foram excluídos da pesquisa: teses, dissertações, resumos, livros, artigos de abordagem qualitativa ou de revisão; amostra composta por outras categorias profissionais ou por docentes de instituições estrangeiras; e artigos que abordavam outros transtornos mentais que não os TMC.

No primeiro momento da pesquisa procedeu-se com a leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados na busca eletrônica. Foram selecionados artigos que, a princípio, atendiam aos critérios de inclusão. Estes foram lidos na íntegra e analisados de modo a confirmar a pertinência com o estudo e, após a exclusão daqueles que não se enquadravam, foram incluídos

os artigos que participaram da amostra final. No segundo momento foi realizada a busca manual nas listas de referências dos artigos incluídos no primeiro momento, a fim de verificar se algum artigo importante deixou de ser localizado na pesquisa eletrônica. Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados artigos que foram lidos na íntegra sendo incluídos na amostra final aqueles que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

As etapas de busca e seleção dos artigos foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2017 por dois revisores independentes e as discordâncias analisadas em busca de um consenso.

As prevalências dos TMC e seus fatores associados nas populações de docentes dos artigos incluídos foram analisados, comparados e agrupados em tabelas. Os dados dos artigos selecionados foram organizados segundo: autor, ano de publicação, população, prevalência dos TMC, instrumento utilizado para rastreamento, ponto de corte e resultados dos fatores associados aos TMC encontrados nos estudos. Os artigos foram organizados de acordo com o ano de publicação, do mais antigo ao mais recente.

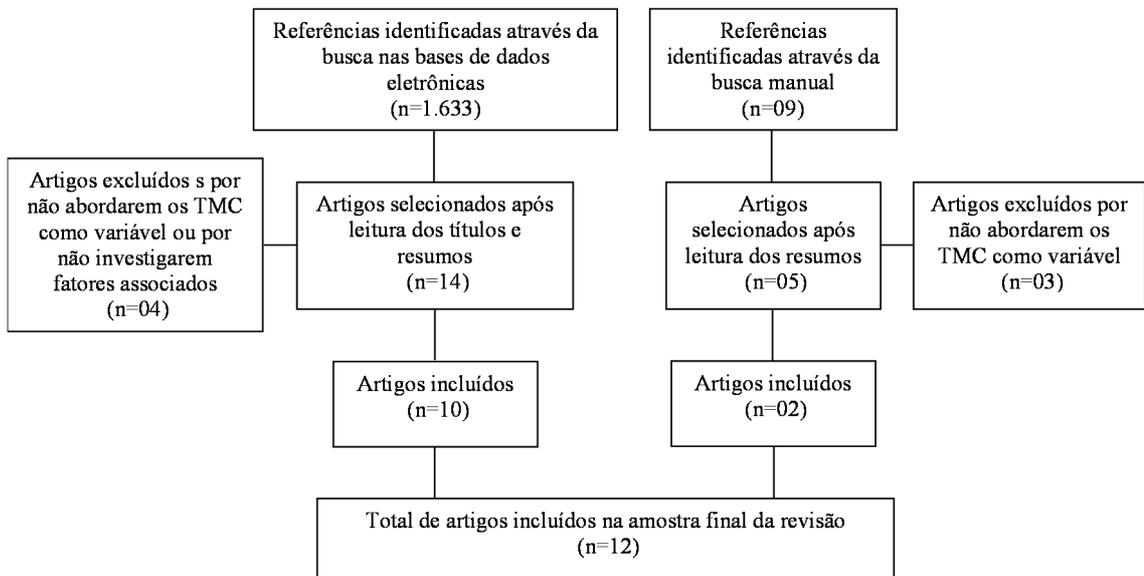
Resultados

Em resposta à pesquisa nas bases de dados eletrônicas foram identificados, no total, 1.633 artigos (1.550 na busca utilizando os termos em inglês e 83 em português). Inicialmente, foram lidos todos os títulos e resumos dos artigos identificados e, após a exclusão dos que não atenderam aos critérios de inclusão e dos repetidos nas bases, foram selecionados quatorze artigos. Estes foram lidos na íntegra, a fim de confirmar a pertinência com o estudo. Destes quatorze, foram excluídos quatro: dois que não apresentaram os TMC como uma variável e dois que não investigaram os fatores associados. Assim, a partir da busca eletrônica, foram incluídos dez artigos para compor a amostra final.

Em seguida, foi realizada a busca manual nas listas de referências dos dez artigos incluídos, identificando-se, após a leitura dos títulos, nove artigos que tiveram seus resumos analisados. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados cinco artigos para serem lidos na íntegra. Destes, foram excluídos três por não apresentarem os TMC como uma variável. Assim, a partir da busca manual, foram incluídos dois artigos para compor a amostra final desta revisão.

O processo de busca e seleção dos artigos está ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos artigos:



No total foram incluídos para compor a amostra final do estudo doze artigos que estão detalhados na Tabela 1, segundo: ano de publicação, tipo de estudo, número de docentes participantes, nível de ensino e local do estudo. Estes doze artigos se referem a 11 estudos: um estudo com a mesma população resultou em dois artigos diferentes (TAVARES et al., 2012, 2014). Tais artigos não foram considerados repetição por possuírem objetivos distintos.

Tabela 1. Descrição dos artigos incluídos na amostra final do estudo:

Ano	Tipo	N*	Nível	Local
2003	Transversal	572	Fundamental e médio	60 escolas particulares de Salvador/BA
2004	Transversal	250	Infantil, fundamental e médio	10 escolas particulares de Vitória da Conquista/BA
2005	Transversal	808	Infantil e fundamental	219 escolas (186-rurais, 33-urbanas) e 20 creches públicas de Vitória da Conquista/BA
2006	Transversal	1024	Infantil e fundamental	Escolas públicas e particulares de Vitória da Conquista/BA
2006	Transversal	751	Fundamental	26 escolas públicas de Belo Horizonte/MG
2011	Transversal	4495	Infantil e fundamental	Escolas públicas de Salvador/BA
2012	Transversal	130	Superior	Cursos de enfermagem de 06 universidades federais públicas do Rio Grande do Sul/RS
2013	Transversal	575	Médio	31 escolas públicas (13-rurais, 18-urbanas) de Pelotas/RS
2014	Transversal	130	Superior	Cursos de enfermagem de 06 universidades federais públicas do Rio Grande do Sul/RS
2015	Transversal	679	Não informado	37 escolas primárias da região metropolitana de Porto Alegre/RS

2015	Transversal	175	Superior	09 cursos de saúde de universidade particular de Minas Gerais/MG
2015	Transversal	525	Infantil e fundamental	Escolas públicas de Jabotão dos Guararapes/PE

* N = número de docentes

Durante o período de quinze anos, corte temporal da pesquisa, houve a publicação de doze artigos, com publicações a partir de 2003. O desenho de estudo epidemiológico empregado em todos os artigos foi do tipo corte transversal. O tamanho amostral variou de 130 a 4.495 docentes. Grande parte das pesquisas envolveu docentes do ensino infantil e fundamental; de instituições públicas; e teve como objetivo estimar a prevalência de TMC e verificar associações com aspectos laborais ou psicossociais.

Na Tabela 2 estão discriminados: quantidade de docentes que responderam ao questionário de rastreamento, instrumento de rastreamento utilizado, ponto de corte e prevalência encontrada nos estudos, de acordo com o primeiro autor do estudo.

Tabela 2. Descrição de dados dos artigos:

1º autor	n*	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Araújo	572	SRQ-20**	6/7	20,1%
Delcor	237	SRQ-20	6/7	41,5%
Reis	711	SRQ-20	6/7	55,9%
Porto	1016	SRQ-20	7/8	44%
Gasparini	751	GHQ-12**	3/4	50,3%
Souza	4495	SRQ-20	6/7	19,5%
Tavares	130	SRQ-20	6/7	20,1%
Rocha	575	SRQ-20	6/7 M e 5/6 H***	43,8%
Tavares	130	SRQ-20	6/7	20,1%
Carlotto	679	SRQ-20	7/8	34,8%
Ferreira	175	GHQ-12	3/4	19,5%
Ceballos	525	SRQ-20	6/7	37,1%

* n = número de docentes que responderam o instrumento;

** SRQ-20: *Self-Reporting Questionnaire-20* / GHQ-12: *General Health Questionnaire-12*

*** M = mulheres e H = homens

Considerando a escolha do instrumento para rastreamento do transtorno mental, observa-se a utilização de dois questionários, o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e o *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), sendo que a maioria dos estudos optou pelo SRQ-20. Em relação ao ponto de corte, os dois estudos que utilizaram o GHQ-12 adotaram o mesmo ponto de corte de 3/4, enquanto que os estudos que utilizaram o SRQ-20 optaram por pontos de corte que variaram de 5/6 a 7/8. As taxas de prevalência encontradas variaram de 19,5% a 55,9%.

Diversas variáveis foram investigadas nos artigos: características laborais, incluindo aspectos ambientais e organizacionais do trabalho (ARAÚJO et al., 2003; CARLOTTO; CÂMARA, 2015; FERREIRA et al., 2015; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005; TAVARES et al., 2014); características sociodemográficas (CARLOTTO; CÂMARA, 2015; FERREIRA et al., 2015; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005; TAVARES et al., 2014); aspectos psicossociais do trabalho (CARLOTTO; CÂMARA, 2015; DELCOR et al., 2004; FERREIRA et al., 2015; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005; TAVARES et al., 2012); queixas de doenças (ARAÚJO et al., 2003; FERREIRA et al., 2015; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006), hábitos de vida (FERREIRA et al., 2015; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; REIS et al., 2005); alterações vocais (ROCHA; SOUZA, 2013; SOUZA et al., 2011); dores musculoesqueléticas (CEBALLOS; SANTOS, 2015); atividades domésticas (REIS et al., 2005); e qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

A possibilidade de comparação entre os artigos é limitada frente à diversidade de aspectos envolvidos nas variáveis investigadas e nos resultados encontrados. Em grande parte dos estudos não houve consenso sobre a associação das variáveis com os TMC: dos sete artigos que avaliaram as características laborais, ambientais ou organizacionais do trabalho foram verificadas associações em apenas três, em diferentes aspectos; dos seis artigos que investigaram as características sociodemográficas apenas um encontrou associação do sexo feminino com os TMC; dos três artigos que investigaram a presença de queixas de doenças foi encontrada associação em apenas um deles; não foram encontradas associações nos três artigos que avaliaram os hábitos de vida. Em contrapartida, foram encontradas associações nos seis artigos que avaliaram os aspectos psicossociais do trabalho, em variados aspectos; nos dois artigos que avaliaram a presença de alterações vocais; assim como no artigo que avaliou a presença de dores musculoesqueléticas; no que avaliou a realização de atividades domésticas; e no que investigou a qualidade de vida.

Esses fatores que se mostraram positivamente associados aos TMC estão detalhados na Tabela 3, segundo o primeiro autor do estudo. Nesta, estão apresentadas somente as variáveis que se mostraram significativamente associadas aos TMC em todas as análises conduzidas em cada um dos artigos.

Tabela 3. Descrição dos fatores associados aos TMC:

1º autor	Fatores Associados
-----------------	---------------------------

Araújo	Trabalho repetitivo, dificuldades de relações com colegas, insatisfação no desempenho das atividades, desgaste nas relações professor-aluno, ambiente intranquilo/estressante, falta de autonomia no planejamento das atividades, ritmo acelerado de trabalho, falta de materiais e equipamentos adequados, pressão da direção da escola, salas de aula inadequadas e maior número de queixas gerais de doenças entre os docentes com TMC
Delcor	Intensa concentração na mesma tarefa por longo tempo, volume excessivo de trabalho, ritmo acelerado, interrupção das tarefas antes da conclusão, tempo insuficiente para as atividades, trabalho repetitivo, falta de preocupação do coordenador pelo bem estar da equipe, falta de processo democrático na tomada de decisões, falta de interesse dos colegas pelo trabalhador e exposição a hostilidades e conflitos com os colegas
Reis	Trabalho frenético, interrupção das tarefas antes da conclusão, intensa concentração na tarefa por longo tempo, ritmo acelerado de trabalho, tempo insuficiente para as tarefas, volume excessivo, manter corpo/cabeça/braço por longo tempo em posições inadequadas, atividades rápidas e contínuas, exigência de esforço físico, impossibilidade de aprender coisas novas e de desenvolver habilidades especiais, trabalho repetitivo, impossibilidade de opinar ou tomar decisões, pouca liberdade para decidir como fazer as tarefas, falta de processo democrático na tomada de decisões, pouca influência sobre as decisões do grupo e políticas do sindicato, desconsideração das ideias na elaboração de políticas da escola, falta de competência dos colegas, falta de atenção do coordenador sobre as sugestões, colegas não amigáveis ou indispostos a colaborar, falta de interesse dos colegas pelo trabalhador, falta de encorajamento para trabalho em equipe, falta de colaboração do coordenador com a execução do trabalho, falta de preocupação do coordenador com o bem estar da equipe, falta de sucesso do coordenador em promover trabalho em equipe, exposição a hostilidades e conflitos com os colegas ou coordenador, baixo suporte social, trabalho de alta exigência e trabalho ativo
Porto	Trabalho de alta exigência, trabalho ativo, sexo feminino e baixo/médio nível de suporte
Gasparini	Experiência de agressão por pessoas externas à escola e por pais de alunos, presença de ruído elevado dentro e fora da escola, iluminação precária e pouca margem de criatividade na execução das atividades
Souza	Patologias de pregas vocais
Tavares	Trabalho de alta exigência e trabalho ativo
Rocha	Distúrbios de voz
Tavares	Não desenvolver atividades de extensão
Carlotto	Ambiguidade de papel, sobrecarga de trabalho, baixo nível de suporte social e auto eficácia percebida
Ferreira	Maior esforço no trabalho e pior qualidade de vida no domínio físico
Ceballos	Dores nos ombros, parte superior das costas, pescoço, tornozelos e/ou pés

Discussão

Esta revisão sistemática objetivou descrever as prevalências e fatores mais comumente associados aos TMC na categoria docente a partir de doze artigos selecionados, com base em critérios previamente estabelecidos pelos autores.

O resultado da análise dos artigos mostrou elevadas taxas de prevalência em todos os estudos, variando de 19,5% a 55,9%. Houve uma grande variedade de fatores que se mostraram

associados aos TMC. Frente à diversidade das taxas de prevalência e variáveis associadas, há limites para as conclusões quanto à magnitude e os fatores associados aos TMC em docentes.

Foram utilizados como instrumentos de rastreamento dos TMC dois questionários validados: o SRQ-20 e o GHQ-12. O SRQ-20 compreende um instrumento composto por 20 itens projetado para o rastreamento de transtornos mentais não psicóticos (MARI; WILLIAMS, 1986). É um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, em especial nos países em desenvolvimento, por ser de baixo custo e de fácil aplicação. Consiste em uma valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). O GHQ é um instrumento de rastreamento de transtornos mentais no âmbito clínico da saúde geral originalmente composto por 93 itens. O GHQ-12 é uma das versões reduzidas e consta de 12 itens que são respondidos em escala do tipo *Likert* de frequência. É autoaplicável, de fácil aplicação e bem aceito pelos participantes, mostrando-se como um dos melhores instrumentos, dentro das técnicas de rastreamento, para estudos de base populacional (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Tanto o SRQ-20 quanto o GHQ-12 são instrumentos validados (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; MARI; WILLIAMS, 1985) e bastante utilizados para a triagem dos TMC. Dois estudos realizados na América Latina avaliaram o desempenho desses dois instrumentos na atenção primária à saúde, validando-os simultaneamente. Um dos estudos foi realizado por Mari e Williams (1985) em três clínicas de atenção primária à saúde na cidade de São Paulo, no Brasil. O outro estudo foi realizado por Araya, Wynn, e Lewis (1992) em uma clínica de atenção primária à saúde em Santiago, no Chile. Os dois estudos concluíram que ambos os instrumentos são aceitáveis, demonstrando habilidades similares para identificar os TMC na atenção primária à saúde (ARAYA; WYNN; LEWIS, 1992; MARI; WILLIAMS, 1985).

Considerando a escolha do ponto de corte, os dois estudos que utilizaram o instrumento GHQ-12 adotaram o mesmo ponto de corte de 3/4, ou seja, escores de 4 a 12 pontos como sugestivos de TMC. Dentre os estudos que utilizaram o SRQ-20, um optou pelo ponto de corte diferenciado de acordo com o sexo (6/7 para as docentes e 5/6 para os docentes), dois estudos utilizaram o ponto de corte 7/8 e a maioria adotou como ponto de corte 6/7, ou seja, escores de 07 a 20 pontos como sugestivos de TMC. Estudos envolvendo docentes adotaram pontos de corte similares: Jardim, Barreto e Assunção (2007) adotaram o ponto de corte 3/4 utilizando o

GHQ-12; Silva e Silva (2013) e Lyra et al. (2009) adotaram o ponto de corte 7/8, ambos utilizando o SRQ-20; enquanto que Baldaçara et al. (2015), Camada, Araújo e Porto (2016) e Figliuolo, Lima e Laurentino (2011) acompanharam o ponto de corte utilizado na maioria dos estudos incluídos nesta revisão e adotaram o ponto de corte 6/7, também utilizando o SRQ-20.

Apesar das diferenças inerentes ao trabalho docente, de acordo com os níveis de ensino e as características das instituições, observou-se uma variedade de taxas de prevalência considerando instituições semelhantes. Os estudos de Souza et al. (2011), Ceballos e Santos (2015), Porto et al. (2006) e Reis et al. (2005) abordaram os mesmos níveis de ensino, infantil e fundamental, porém apresentaram variadas taxas de prevalência: 19,5%, 37,1%, 44% e 55,9%, respectivamente. Os estudos de Araújo et al. (2003), que abordaram o ensino fundamental e médio, e de Delcor et al. (2004), que além do fundamental e médio incluiu o infantil, ambos em instituições particulares, também apresentaram taxas diversas: 20,1% e 41,5%, respectivamente. Todos os estudos incluídos nesta revisão evidenciaram níveis elevados de prevalência de TMC, desde a educação infantil até o ensino superior, tanto em instituições privadas quanto em públicas, variando de 19,5% (FERREIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2011) a 55,9% (REIS et al., 2005). Esses dados se assemelham aos encontrados no estudo de Araújo e Carvalho (2009) que descreveram as prevalências de TMC encontradas em oito estudos epidemiológicos envolvendo docentes de todos os níveis de ensino, cujos resultados apresentaram variações de 18,7% a 55,4%.

Estudos envolvendo docentes da educação básica revelam níveis variados de TMC. Pesquisa realizada por Silva e Silva (2013) com docentes pré-escolares da rede pública de Pelotas/RS indicou uma prevalência de 17,8% de TMC. Estudo envolvendo docentes do ensino fundamental de escolas públicas municipais de São Gonçalo/RJ revelou uma prevalência de 21,8% de TMC (LYRA et al., 2009). Enquanto que resultados alarmantes foram encontrados no estudo de Jardim, Barreto e Assunção (2007), envolvendo docentes do ensino fundamental da rede municipal de Belo Horizonte/MG, e no estudo de Baldaçara et al. (2015), envolvendo docentes de escolas públicas de Palmas/TO, os quais revelaram prevalências de 50% e 49,5% de TMC, respectivamente.

Considerando os níveis de ensino, apenas as instituições de ensino superior não apresentaram grandes variações e revelaram taxas menos elevadas: 19,5% no estudo de Ferreira et al. (2015), em instituição particular, e 20,1% no estudo de Tavares et al. (2012, 2014), em pública. O estudo de Araújo e Carvalho (2009) também revelou menores taxas de prevalência

nas instituições de ensino superior, em comparação com os outros níveis de ensino envolvidos no estudo: 18,7% na Universidade Federal da Bahia e 19,3% na Universidade Estadual de Feira de Santana. Resultado conexo foi verificado por Figliuolo, Lima e Laurentino (2011) em estudo com docentes de graduação em fisioterapia, de instituições públicas e privadas, no qual foi estimada a prevalência de 23,2% de TMC na população estudada.

A partir dos dados apresentados, presume-se que o nível de ensino ou o tipo de instituição, pública ou privada, não são fatores determinantes dos TMC em docentes, tendo em vista a não linearidade das taxas de prevalência apresentadas nos estudos, mesmo adotando-se igual instrumento e ponto de corte. Diehl e Marin (2016) em revisão sistemática sobre o adoecimento mental de docentes brasileiros concluíram que, independente do nível de ensino, o docente está exposto a estressores ocupacionais semelhantes como reflexo das transformações sociais, reformas educacionais e implantação de novos modelos pedagógicos que ocorreram nas últimas décadas. Os autores citam como fatores responsáveis pelo adoecimento: problemas nas condições e organização do trabalho, falta de reconhecimento, problemas motivacionais e comportamentais dos alunos e falta de acompanhamento familiar.

Os estudos incluídos nesta revisão investigaram a associação dos TMC com os mais diversos fatores: aspectos das condições e organizações do trabalho, características sociodemográficas, psicossociais, presença de queixas de saúde e morbidades, hábitos de vida, realização de atividades domésticas e qualidade de vida. Dentre estes, os fatores laborais, incluindo aspectos ambientais e organizacionais, sociodemográficos e psicossociais foram os mais investigados. A maioria dos estudos sobre o adoecimento mental em docentes tem abordado a influência do trabalho (LYRA et al., 2009).

Considerando os fatores que se mostraram efetivamente associados aos TMC, verifica-se que não houve consenso entre os estudos e os fatores mais comumente associados foram os laborais e psicossociais, em diferentes aspectos.

Variadas características laborais mostraram-se associadas aos TMC: trabalho repetitivo, dificuldades nas relações interpessoais, insatisfação no desempenho das atividades, ambiente estressante, falta de autonomia, ritmo acelerado, falta de materiais adequados, pressão da direção da escola, salas de aula inadequadas (ARAÚJO et al., 2003); experiência de agressão por pessoas externas à escola e por pais de alunos, ruído elevado dentro e fora da escola, iluminação precária, pouca margem de criatividade (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006); não desenvolver atividades de extensão (TAVARES et al., 2014). O estudo de Assunção

(2008) evidenciou que a percepção de ruído elevado e insuportável dentro da sala de aula e na escola e presenciar um episódio ou mais de agressão praticado na escola por alunos, pais de alunos, docentes ou funcionários e mais de um episódio praticado por pessoas externas aumentam a chance de apresentar transtorno mental. Araújo e Carvalho (2009) concluíram que trabalho repetitivo, insatisfação no desempenho das atividades, desgaste nas relações professor-aluno, ambiente intranquilo, falta de autonomia no planejamento das atividades, ritmo acelerado de trabalho, desempenho das atividades sem materiais e equipamentos adequados e salas inadequadas se associaram a níveis estatisticamente significativos de TMC em docentes. Para Santos (2013), as limitações das condições de trabalho provocam sobrecarga que pode gerar sofrimento físico e psíquico no docente.

Considerando as características psicossociais do trabalho, os estudos selecionados que as abordaram encontraram associações envolvendo variados aspectos. Ambiguidade de papel, sobrecarga de trabalho, baixo nível de suporte social, baixa auto eficácia percebida (CARLOTTO; CÂMARA, 2015), situação de maior esforço no trabalho (FERREIRA et al., 2015), trabalho de alta exigência e trabalho ativo (PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005; TAVARES et al., 2012) mostraram-se significativamente associados aos TMC. Stansfeld e Candy (2006) realizaram uma meta-análise a fim de investigar a associação dos estressores psicossociais do trabalho com os TMC em trabalhadores. Os autores concluíram, a partir de evidências consistentes, que a combinação de alta demanda e baixo controle (trabalho de alta exigência) e a combinação de maior esforço no trabalho e baixa recompensa são potenciais fatores de risco para os TMC, demonstrando a importância dos aspectos psicossociais para a saúde mental do trabalhador. Segundo Araújo, Graça e Araújo (2003), estudos evidenciam que o desbalanceamento entre as demandas do trabalho e o grau de controle, somado ao tempo em que se experimenta essa situação de desequilíbrio, aumentam a produção de hormônios do estresse que, conseqüentemente, podem desencadear processos de adoecimento físico e mental. Pesquisas envolvendo docentes corroboram os resultados encontrados nos estudos incluídos nesta revisão. No estudo de Figliuolo, Lima e Laurentino (2011) as maiores prevalências de TMC foram encontradas em docentes com trabalho de alta exigência (40,0%) e com trabalho ativo (21,1%). Estudo envolvendo docentes revelou que o trabalho realizado em situação de alta exigência estava associado à maior prevalência de TMC (ARAÚJO; CARVALHO, 2009).

É necessário considerar a presença de alguns vieses nos artigos selecionados. O primeiro a considerar é o tipo de estudo, de corte transversal, adotado em todos os estudos. Neste, não é

possível estabelecer a relação causal, pois a análise da exposição e desfecho é realizada simultaneamente. Desta forma, não pode ser desconsiderada a possibilidade de causalidade reversa. Além disso, nestes estudos há uma tendência ao “efeito do trabalhador sadio” com a inclusão apenas dos indivíduos que “sobreviveram” à doença em investigação. Geralmente desconsidera-se o trabalhador que abandonou o trabalho ou que estava afastado na época da realização da pesquisa. Estes trabalhadores podem ser uma amostra importante para o estudo podendo levar à subestimação de dados. Outra questão a ser considerada diz respeito ao viés de resposta, tendo em vista os tipos de instrumentos de rastreamento utilizados nos estudos que se baseiam em medidas autorreferidas pelos docentes.

Quanto à presença de vieses na presente revisão, deve-se considerar a possibilidade do viés de publicação, com a inclusão de estudos não representativos da totalidade dos estudos existentes. Além disso, TMC não possui um descritor único e universal, logo, estudos que tenham utilizado terminologia diferente das adotadas na busca podem não ter sido localizados. A fim de minimizar tais limitações, buscou-se efetuar uma busca ampla em três bases de dados que concentram grande parte das pesquisas na área da saúde, abrangendo os idiomas inglês, português e espanhol, utilizando-se as terminologias que normalmente caracterizam os TMC na literatura.

Conclusões

Foram encontradas elevadas taxas de prevalência de TMC em todos os estudos incluídos nesta revisão envolvendo docentes de todos os níveis de ensino, de instituições públicas ou privadas. As taxas variaram de 19,5% a 55,9% revelando uma situação que demanda preocupação frente ao expressivo sofrimento mental na categoria.

Os fatores laborais e psicossociais foram os mais comumente associados ao transtorno, indicando a importância do trabalho na saúde mental e a necessidade de ações que visem a melhoria das condições e organizações do trabalho dos docentes.

Nesta revisão de estudos epidemiológicos foram encontrados apenas estudos de corte transversal que investigam simultaneamente exposição e desfecho, impossibilitando a determinação de causa e efeito. Logo, observa-se a carência de estudos que possam determinar a relação causal, a exemplo de estudos longitudinais.

Por fim, salienta-se a importância de explorar a temática a fim de esclarecer os fatores envolvidos nas elevadas prevalências de TMC em docentes, além de alertar a comunidade acadêmica, considerando os impactos negativos que o adoecimento mental do docente gera em toda a instituição.

Referências

ARAÚJO, Tânia Maria de et al. Trabalho docente e sofrimento psíquico: um estudo entre professores de escolas particulares de Salvador, Bahia. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 12, n. 20, p. 485-495, jul./dez., 2003.

ARAÚJO, Tânia Maria de; CARVALHO, Fernando Martins. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 107, p. 427-449, maio/ago., 2009.

ARAÚJO, Tânia Maria de; GRAÇA, Cláudia Cerqueira; ARAÚJO, Edna. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAYA, Ricardo; WYNN, Robert; LEWIS, Glyn. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 27, p. 168-173, 1992.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Saúde e mal-estar do(a) trabalhador(a) docente. **Seminário da rede Latino-Americana de estudos sobre trabalho docente – Redestrado**, v. 7, jul., 2008.

BALDAÇARA, Leonardo et al. Common psychiatric symptoms among public school teachers in Palmas, Tocantins, Brazil. An observational cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 133, n. 5, p. 435-438, set./out., 2015.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal et al. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 8, n. 2, p. 4538-4548, abr./jun., 2016.

CAMADA, Ilza Mitsuko; ARAÚJO, Tânia Maria de; PORTO, Lauro Antônio. Trabalho docente e saúde mental: a importância do apoio social. **Revista Cadernos de Educação**, v. 54, p. 81-97, 2016.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Prevalence and risk factors of common mental disorders among teachers. **Journal of work and organizational psychology**, v. 31, n. 3, p. 201-206, 2015.

CARLOTTO, Mary Sandra; PALAZZO, Lilian dos Santos. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, maio, 2006.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de; SANTOS, Gustavo Barreto. Fatores associados à dor musculoesquelética em professores: aspectos sociodemográficos, saúde geral e bem-estar no trabalho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 702-715, jul./set., 2015.

DELCOR, Núria Serre et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, jan./fev., 2004.

DIEHL, Liciane; MARIN, Angela Helena. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 64-85, dez., 2016.

FERREIRA, Raquel Conceição et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, s. 1, p. 135-155, 2015.

FIGLIOULO, Danielle Santana da Silva; LIMA, Pedro Olavo de Paula; LAURENTINO, Glória Elizabeth Carneiro. Estresse ocupacional e fadiga em fisioterapeutas que exerciam função de docência em universidades da cidade de Recife/PE. **Terapia Manual**, v. 9, n. 43, p. 231-237, 2011.

FONSECA, Maria Liana Gesteira; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set., 2008.

FORATTINI, Cristina Damm; LUCENA, Carlos. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v. 1, n. 2, p. 32-47, maio/ago., 2015.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, dez., 2006.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de

rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

JARDIM, Renata; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461, out., 2007.

LOPES, Claudia; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, nov./dez., 2003.

LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LYRA, Gabriela Franco Dias et al. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 435-444, 2009.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological Medicine**, v. 15, n. 3, p. 651-659, 1985.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

PORTO, Lauro Antonio et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.

REIS, Eduardo José Farias Borges dos et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out., 2005.

ROCHA, Luise Marques da; SOUZA, Luciano Dias de Mattos. Voice Handicap Index associated with Common Mental Disorders in elementary school teachers. **Journal of voice**, v. 27, n. 5, p. 595-602, 2013.

SANTOS, Gustavo Barreto. **Bem estar e condições de trabalho de professores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco**. 2013. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SILVA, Luciane Goulart da; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelota, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3137-3146, nov., 2013.

SOUZA, Carla Lima de et al. Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 914-921, 2011.

STANSFELD, Stephen; CANDY, Bridget. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, v. 32, n. 6, p. 443–462, dez., 2006.

TAVARES, Juliana Petri et al. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes de universidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan./fev., 2012.

TAVARES, Juliana Petri et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 407-414, jul./set., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 14 novembro 2017.

A INTERCULTURALIDADE NA FORMAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

Daniel Oliveira Medina da Silva¹
Douglas Apolônio dos Santos²
Flávia Karine Pereira Nery³
Adailton Alves da Costa Filho⁴
Luciana Alaíde Alves Santana⁵

Resumo:

A educação superior no Brasil é marcada pela fragmentação do conhecimento, evidenciada pelo modelo biomédico dos cursos de Saúde. Fomentado pelo Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI/2007), o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) emergiu na UFRB como uma proposta inovadora de formação integrada em ciclos. Localiza-se em Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo baiano, região cuja construção histórica deu-se desde a colonização brasileira. Trata-se de um estudo de base secundária a partir da análise dos pressupostos descritos no projeto pedagógico do curso com objetivo de identificar elementos decoloniais na matriz curricular. Os elementos identificados foram: a interdisciplinaridade (I), a flexibilização curricular (FC), o território do recôncavo como espaço de aprendizagem e a ecologia de saberes. A FC traduziu-se pela relação horizontal e dialógica entre educando-educador, formação pautada no desenvolvimento de competências éticas, políticas, humanísticas e científicas. A interdisciplinaridade evidenciou-se na organização curricular integrada em módulos que articulam conhecimentos e na aprendizagem onde ocorre o protagonismo discente. Os espaços curriculares de interconhecimento, desenvolvidos em comunidades, visavam promover abertura e integração de saberes e a desconstrução epistemológica do modelo colonial biomédico-cartesiano. Conclui-se que o modelo curricular estudado pode potencializar o desenvolvimento da criticidade e sensibilidade à realidade sócio-cultural e econômica. Consideramos importante a socialização desta proposta de formação em saúde, devido a importância de difundirmos experiências que agreguem princípios que permitam a inclusão/permanência com respeito à diversidade cultural dos educandos e das comunidades/indivíduos.

Palavras-chave: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Formação em saúde, formação decolonial;

Abstract:

¹ Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da UFRB, membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira. dan-medina@hotmail.com

² Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da UFRB, membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira. douglas_apollo@hotmail.com

³ Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da UFRB, membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira. flavia.karine@hotmail.com

⁴ Bacharel em Saúde. Discente de Medicina da UFRB, membro do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira. adailtonalves@hotmail.com

⁵ Doutora em Ciências da Educação. Docente do CCS/UFRB. lualaide@ufrb.edu

Higher education in Brazil is marked by the fragmentation of knowledge, evidenced by biomedical model health courses. Promoted by the Restructuring and Expansion Plan of Federal Universities (REUNI / 2007), the Interdisciplinary Bachelor in Health (BIS) emerged at UFRB as a proposal of integrated training in cycles. It is located in Santo Antônio de Jesus, in the Recôncavo of Bahia, a region whose historical construction has taken place since the Brazilian colonization. It is a secondary study based on the analysis of the assumptions described in the pedagogical project of the course with the objective of identifying “decolonial” elements in the curricular matrix. The elements identified were: interdisciplinarity (I), curricular flexibilization (CF) and the Reconcavo’s territory as a learning space and the ecology of knowledge. The CF was translated by the horizontal and dialogical relationship between educator-educator, formation based on the development of ethical, political, humanistic and scientific competences. The interdisciplinarity was evidenced in the curricular organization integrated in modules that articulate knowledge and in the learning where the student protagonism occurs. The curricular spaces of inter-knowledge, developed in communities, aimed at promoting openness and integration of knowledge and the epistemological deconstruction of the biomedical-Cartesian colonial model. It is concluded that the curricular model studied can enhance the development of criticality and sensitivity to socio-cultural and economic reality. We consider it important to socialize this proposal of health training, due to the importance of disseminating experiences that add principles that allow inclusion / permanence with respect to the cultural diversity of learners and communities / individuals

Key-words: Interdisciplinary Bachelor in Health, Health education, “decolonial” training

Introdução

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) surgiu em 2009, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (BIS/CCS/UFRB) fomentado pelo Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI/2007) e norteado pelo movimento Universidade Nova (ALMEIDA FILHO, 2007) e pelo Plano Desenvolvimento Institucional (PDI) da UFRB (2010-2014) (UFRB, 2010), como uma proposta e formação interprofissional, integrada e em ciclos.

O objetivo da proposta articula-se com a demanda imposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), no que se refere a necessidade de formar trabalhadores para o campo da saúde com competência técnica, mas igualmente capazes de atender de forma ética e humanizada as demandas sociais de uma população. Destaca-se que a população brasileira, ainda, é fortemente marcada por mazelas de um processo de colonização excludente que reflete, contemporaneamente, em desigualdades sociais, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, vulnerabilidades no que tange o processo saúde-adoecimento e tratamento inadequado dos profissionais de saúde oriundos de sistemas de educação que remetem a uma realidade mais próxima a do colonizador.

O BIS/CCS/UFRB localiza-se em Santo Antônio de Jesus, cidade do Recôncavo do estado da Bahia, que é uma região cuja construção histórica, social, cultural e econômica deu-se desde a colonização brasileira. Considera-se Recôncavo toda a região que abraça a “Baía de Todos os Santos”, característica que justifica o nome da região. O Governo da Bahia admite que 19 municípios compõem o “Território de Identidade” (BAHIA, 2016) da região, que foi constituída historicamente pela presença de indígenas, portugueses e, em sua maioria, negros oriundos da diáspora africana.

A população do recôncavo baseava-se na agricultura do escravagismo, sendo mais de 70% do seu povo composto de negros desde os anos primórdios do século XIX. A região foi palco de importantes acontecimentos contra a colonização, escravidão e a falta de direitos civis, como a Revolta Federalista de São Félix (1832) e a Sabinada (1837). Assim, desde os séculos iniciais da história do Recôncavo ocorreram tentativas de contrapor a colonização, ressaltando os enormes desafios sociais da região desde a sua origem. Com o decorrer do processo histórico de composição social da região, o sistema socioeconômico originado de processos de exploração foi incapaz de determinar um desenvolvimento socialmente justo, ético, sustentável e respeitoso às diferentes racionalidades culturais, tendo como margem desse processo as populações negras e indígenas (NACIF, 2016).

Considera-se que a criação da UFRB, em 2002, foi um marco educacional para a região do Recôncavo da Bahia. A sua criação foi tutorada pela Universidade Federal da Bahia, e promoveu uma ampla mobilização social e política capaz de vigorosamente propulsionar a criação da segunda universidade federal na Bahia (NACIF, 2016). Assim, a UFRB foi criada pela Lei 11.151, de 29 de Julho de 2005 (BRASIL, 2005) para proporcionar formação em ensino superior, desenvolver pesquisas e extensão em diversas áreas do conhecimento, fortalecer o ensino superior interiorano, assumindo o desafio de contribuir para o fomento do desenvolvimento econômico, cultural e social da região (UFRB, 2009).

Além disso, se associam aos propósitos anteriores a formação cidadã, a melhoria do ensino em diferentes níveis, e, não menos importante, a superação de problemas oriundos de processos colonizadores e desiguais que compõem o histórico do Recôncavo, como as desigualdades do acesso ao ensino superior público, da exclusão social e as desigualdades sociais, raciais e culturais. Interseccionando-se com esse contexto de desenvolvimento, o PDI enfatizou, como um princípio norteador, o Recôncavo da Bahia como lugar de aprendizagem pela realização e integração de atividades acadêmicas a partir de uma perspectiva plural, integradora e dialógica (UFRB, 2009).

Este cenário nacional, regional e institucional foram favoráveis a implantação de um curso de formação em ciclos – primeiro ciclo precede a formação profissionalizante - com duração de três anos. Após este período os egressos podem acessar cursos profissionalizantes, pós-graduação ou o mundo do trabalho. Este texto tem a finalidade descrever a matriz curricular do BIS/CCS/UFRB, de modo a identificar elementos descoloniais contidos nesta proposta de formação no campo da saúde.

Metodologia

A caracterização do curso foi realizada a partir da análise de dados secundários. Esta ocorreu por meio de análise documental do Projeto Pedagógico da Curso de BIS (PPC, 2009; PPC, 2014) e do livro “Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Inovações Curriculares, Formação Interprofissional Integrada e em Ciclos” (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRELES, 2016). O BIS foi implantado em 2009, no Centro de Ciências da Saúde da UFRB, localizado na cidade de Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo da Bahia.

Esta análise focou na apreensão da estrutura curricular do BIS/CCS/UFRB por meio da técnica de análise de conteúdo – que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2014).

Inicialmente realizou-se uma pré-análise do PPC do curso em três etapas: (1) leitura flutuante, com finalidade de conhecer o texto, demarcação do que foi objeto de análise (módulo PAR); (2) formulação das hipóteses (*A estrutura curricular do curso de BIS/CCS/UFRB permite a desconstrução do paradigma hegemônico de formação no campo da saúde*) (3) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2014). As categorias que fundamentaram a interpretação final foram: objetivo do curso, princípios norteadores, organização curricular, metodologias de ensino, modelo de avaliação.

Os dados foram classificados de acordo com estas categorias, logo os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades. Segundo Bardin (2014), uma categorização deve agregar as seguintes qualidades: um elemento não pode ser classificado em duas categorias; dimensão única de análise; categorias devem ser coerentes com objetivos da pesquisa; objetividade e fidelidade e produtividade.

Após este processo, realizou-se a fase final da análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2014), a qual constitui-se pelas etapas: tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Enfim, este foi o momento da análise dedicado à busca de sentido, do que não estava explícito, ou seja, o significado real, bem como um momento fundamental para estabelecer um diálogo entre a informação empírica e o referencial teórico,

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB

1. Objetivo do curso

Como objetivo geral, o currículo do curso de BIS/CCS/UFRB definiu proporcionar uma perspectiva ampliada do processo de formação universitária por meio de “ciclos” formativos, de modo que: o 1º ciclo (formação geral) pauta o processo ensino-aprendizagem nas “humanidades, artes, ciências e saberes em saúde” visando contemplar aspectos do desenvolvimento de competências e saberes políticos, humanísticos e éticos à formação; possibilitar escolhas acadêmicas e profissionais mais maduras, considerando a realidade que cerca o estudante nas esferas sociais, econômicas, políticas, culturais, históricas, entre outras; diversificar modelos de formações existentes, permitindo o bacharel em saúde estratégias, conhecimentos e discussões com vistas a aperfeiçoar o agir frente aos desafios da realidade.

Tem-se com os objetivos do BIS/CCS/UFRB uma proposta contra-hegemônica, no que tange a cultura de formação em saúde no Brasil, que, historicamente se estruturou em modelos lineares de formação, puramente profissionalizante, que potencializavam a precoce tomada de atitudes, o modelo biomédico centrado em doenças, a desconsideração das ciências das humanidades, e de demais ciências e racionalidades existentes no mundo contemporâneo. Dessa forma, o curso pretendeu realizar uma cisão com modelos de formação tradicional pré-existentes, oriundos do processo de imposição científica colonizadora sedimentada na construção histórica da educação superior em saúde, ocorrida no Brasil.

2. Princípios Norteadores

O curso de BIS/CCS/UFRB foi alicerçado sobre os seguintes princípios norteadores: a articulação entre os campos do saber; a dinâmica do conhecimento; responsabilidade social e cidadania e flexibilidade curricular. Esses princípios se fundamentam na emergente demanda

por enfrentamento mais holístico de problemas e problemáticas que circundam a contemporaneidade, para tal, faz-se pertinente a interdisciplinaridade e flexibilização curriculares na formação dos futuros profissionais da área de saúde.

A interdisciplinaridade, enquanto termo, desde a década de 70 tem sido debatida por diversos autores. O PPC do BIS/CCS/UFRB adotou os conceitos evidenciados por Boaventura (2006), que a considera como um agregado de práticas e saberes num diálogo que implica na valorização do conhecimentos científicos e práticos que são bases para a criação de comunidades epistêmicas amplas, que tornam a universidade em um espaço intercultural de vivências e construção de conhecimentos mútuos entre diversos saberes heterogêneos de cidadãos que participam ativamente do processo não apenas na condição de aprendiz.

Assim, o PPC enfatiza arranjos pedagógicos baseados na interdisciplinaridade, como: indução de processos dialógicos entre os sujeitos participantes do processo (educadores, educandos e comunidade) favorecendo a inter-relação entre saberes científicos e não-científicos; vinculação dos processos de ensino-aprendizagem com uma realidade concreta, apoiados em atividades de pesquisa e extensão em comunidades regionais que servem como campo de construção de saberes e práticas no cotidiano pedagógico e aproximação da realidade de diferentes contextos;

O PPC/BIS/UFRB, a partir das considerações do Projeto REUNI da UFRB (2007, p. 17), considerava que a integração entre vários saberes (interdisciplinaridade) enquanto prática concreta era um desafio das universidades públicas longe de ser facilmente alcançada. Isso é justificado pela cultura de conservadorismo dos currículos de formação que dificultam uma melhor construção e troca de experiências e saberes entre o educando e os educadores.

O PPC/BIS/UFRB trouxe à tona a flexibilidade curricular como um princípio norteador articulado a interdisciplinaridade, constituída por: flexibilidade na escolha dos componentes curriculares optativos, eletivos e o estímulo à realização de atividades complementares pelo estudante; atividades de Educação a Distância com Ambientes Virtuais de Aprendizagem; processo de aprendizado mediado pela integração ensino-pesquisa-extensão. Em geral, objetiva-se que a flexibilização curricular seja um artifício que concretize novas formas para os elementos curriculares, mudando a concepção de memorização de conteúdos para um aprendizado compreensivo; superando a verticalização e o distanciamento na relação educador-educando; opondo-se a um processo de formação onde o discente é secundário na construção e descontextualizado da realidade ao redor, e, principalmente, da região do recôncavo.

Tais princípios aproximam-se com um modelo decolonial de educação, logrando a implementação de um curso de saúde no qual o educando possuía o papel de ator principal do seu processo de formação, este construído pela mediação do corpo docente, pela interação com comunidades e pelo reconhecimento do contexto em que está inserido e dos híbridos contextos existentes em diferentes realidades.

3. Organização curricular

O curso de BIS/CCS/UFRB com duração de três anos estrutura-se em uma matriz integrada e organizada em eixos e módulos. Durante seis semestres letivos chamados de Unidades de Produção Pedagógicas (UPPs), os educandos eram estimulados a construir conhecimentos sobre atualidades e temas das humanidades, ciências básicas da saúde e da saúde coletiva articulados por módulos interdisciplinares que abordam saberes interculturais, do campo da saúde e em diálogo com do conhecimento popular. Com isso objetiva-se, na matriz curricular, o rompimento da concepção negativa de saúde alicerçada no modelo biomédico hegemônico (DEMÉTRIO, ALVES, BRITO 2016) importando de modelos formativos coloniais ultrapassados e insuficientes para a formação de profissionais de saúde sensíveis à realidades plurais.

A saber, os eixos que compõem o currículo como elementos centrais das UPPs são: “Ser Humano e Realidade”; “Saúde, Cultura e Sociedade”; “Saúde e seus Determinantes”; “Saúde e Qualidade de Vida”; “Sistemas e Políticas de Saúde”; “Específico”. De forma transversal, agregam-se aos eixos os dispositivos pedagógicos os módulos “Processos de Apropriação da Realidade” (PAR), que se caracterizam como um elemento integrador do currículo, de modo vertical, visto que, integra os saberes debatidos em cada módulo da UPP e, horizontal, tendo em vista o processo de continuidade das ações de pesquisa e extensão desenvolvidos nas e com as comunidades. Nele, a articulação ensino-pesquisa-extensão em diálogo com a comunidade proporciona vivências de aprendizados interculturais de acordo com as demandas da interlocução comunidade-universidade. Além do PAR, também agregam à formação os módulos das ciências biomédicas e da saúde coletiva (UFRB, 2014).

Ao assumir a constatação da problemática legitimidade de práticas de cuidado em saúde sedimentadas no modelo biomédico e, por isso, a necessidade de reorientar a formação em saúde, esse processo visa tornar a edificação do conhecimento universitário mais rica e emancipadora, permitindo que o estudante, frente ao dinamismo de produção do conhecimento, contribua para a atualização contínua do profissional, e que este, possa lidar

com as novas tecnologias da área de saúde e acompanhar como as modificações na estrutura das relações sociais, da história e das diferentes culturas reverberam nas práticas desta área e nas condições de saúde da população.

4. Metodologia de Ensino adotado no Curso

A metodologia de ensino baseia-se na aprendizagem significativa com a atribuição de significados movidos por componentes pessoais, uma vez que a aprendizagem desconectada de relações com conhecimentos do repertório pessoal de conhecimento pré-existente é mecânica, pois nela, o conhecimento é adquirido de forma arbitrária e literal sem interação com o conhecimento prévio existente. Na aprendizagem mecânica, o indivíduo é, até certo tempo, capaz de reproduzir o que foi aprendido mecanicamente, porém, esse conhecimento é fadado ao esquecimento se não houver significado (PELIZZARI, 2002). Assim, a metodologia desenvolvida ocorre a partir de enfoques interdisciplinares e é essencialmente composta por três momentos: (1) a Mobilização Para o Conhecimento, que é a articulação entre a realidade empírica dos educandos em relação as visões de mundo, linguagens, culturas, percepções e problemas; (2) a Construção do Conhecimento, com o objetivo de submeter as percepções iniciais ao senso de questionamento crítico mediado por conhecimentos de literatura de referência do módulo curricular em que o discente se encontra; e (3) a Elaboração da Síntese do Conhecimento, que supera a visão sincrética inicial configurando-se como a construção e reconstrução do conhecimento pelo discente, para elaborar novas sínteses e estabelecer continuidade nesse processo, com vistas a auxiliar na superação de paradigmas estabelecidos pelo *modus operandi*, que são insuficientes para a resolução de questões pessoais e profissionais em saúde (UFRB, 2009).

Nesse contexto, ressalta-se que os espaços educativos funcionam como espaços de interlocuções, onde os educadores e educandos possuem papel de observar, (re)significar e reconstruir saberes em diferentes contextos de aprendizagem. Essa metodologia ressalta o papel ativo e proativo do educando na sua formação. Aos educadores, cabe a postura de mediadores críticos, devendo esse, participar ativamente desse processo, sem contrapor o protagonismo discente, mas partindo da orientação quanto a elaboração de referencial teórico, auxílio na articulação e na dinâmica da produção conhecimentos, entre outros. Assim, a metodologia preconiza a dialogicidade entre educador e educando e entre as realidades humanas. (FREIRE, 1996) Tais processos metodológicos evidenciados pelo BIS visam o rompimento com as práticas da educação vertical, bancária, hegemônica e colonizadora.

5. Modelo de Avaliação

O modelo de avaliação preconizado pelo curso inclui a avaliação processual da aprendizagem (avaliação formativa) e de resultados (avaliação somatória), contemplando todos os atores envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem. A metodologia de avaliação pauta-se no aprender significativo (MANCINI, 2005; PELIZZARI, 2002). Busca-se, com isso, uma maior simetria-diálogo-comunicação entre a diversificação das práticas de ensino e as diferentes formas e tempos de aprendizado, de forma a tentar contemplar as várias dimensões dos educandos e superar a visão restrita da relação vertical professor/aluno apenas como seres cognitivos, descreditando outras dimensões e subjetividades.

Para contemplar a formação holística e flexível, o BIS propõe o uso da multidimensionalidade dos atores do processo educativo, não restringindo a formação a aulas expositivas, provas escritas, aprendizagem cartesiana e desqualificação de potencialidades oral, cognitiva, e características dos alunos. Visa-se, também, a busca de identificação de lacunas da aprendizagem para a formulação de estratégias de superação. Assim, é considerado que a avaliação deve direcionar e orientar o planejamento e assumir dimensões abrangentes visando a melhoria dos processos de construção ativa do conhecimento e de formação. Para isso, o educador pode inserir práticas de seminários, debates, portfólios reflexivos, memoriais, práticas em comunidades, etc.

O BIS/CCS/UFRB utiliza-se de um instrumento individual como estratégia de mobilização para a integração dos conteúdos simultaneamente trabalhados em um módulo e eixo em um mesmo período letivo, chamado Avaliação Integrativa (AI). Nesse instrumento, os docentes formulam uma situação-problema relacionada com os conteúdos abordados no eixo e aos discentes é proposta a construção de um texto de abordagem interdisciplinar integradora dos conhecimentos desenvolvidos acerca da situação em questão. Para avaliar o desempenho dos educandos, os docentes consideram critérios que orientam a correção da AI, que ocorre por meio de leitura coletiva, discussão, considerações e atribuição das notas, promovendo também nesse momento uma visão coletiva interdisciplinar.

O Portfólio Reflexivo Integrador é a estratégia obrigatória utilizada para a realização da produção integrada do aprendizado, com a característica de ser o “produto final” do processo de formação no BIS. A aprovação no curso se dá por aprovação em todas as UPPs, considerando o desempenho satisfatório nas atividades curriculares e extracurriculares e o prazo máximo de integralização.

Com isso, entende-se que modelos avaliativos adotados na formação do BIS/CCS/UFRB dispõem-se contraposição aos modelos hegemônicos, uniculturais, cartesianos e punitivos em relação a “falta” de competências e habilidades técnicas da formação em saúde.

Os elementos descoloniais identificados na organização curricular do curso de BIS/CCS/UFRB apontam para afirmação da hipótese deste estudo, ou seja, os elementos norteadores (interdisciplinaridade, flexibilização curricular); a matriz curricular integradora; metodologias ativas e interativas e avaliação formativa podem ser elementos fundantes para a desconstrução do paradigma hegemônico⁶ de formação no campo da saúde.

Ao modo messiânico de se pensar saúde e o uso das pessoas como caixas de depósitos de conteúdo, no que compete extensão e educação, atribui-se, em grande parte, o processo histórico de consolidação das universidades na América Latina. O modelo colonial de educação, pautou-se nos saberes produzidos no meio acadêmico, ou seja, a partir da ciência, como única forma de estrada condutora para modelos explicativos dos fenômenos que ocorrem em nossa realidade (LANDER, 2005). Contudo, segundo a mesma obra, tais paradigmas, quando submetidos à realidade latino-americana encontram diversos problemas, dentre eles a inadequação à realidade local, que no seio das américas encontram diversas etnias, tais como a indígena, africana e orientais.

A esse ponto, cabe ressaltar o papel deste modelo de ensino universitário no campo da saúde como uma estratégia que possibilita a criação de “intimidade” entre a universidade e as comunidades e, isso, permite um encontro com a população/indivíduos e, conseqüentemente, com os processos de produção da saúde e da doença em contexto reais. A visão de extensão descrita no projeto pedagógico é outro elemento que merece destaque, os autores do referido projeto adotaram o conceito de extensão ricamente debatido por Freire (1983). Para este autor, ao refletir sobre a realidade local, os estudantes tentam compreender o mundo do ponto de vista das pessoas que ocupam aquele local que, não meramente físico, carrega um significado

⁶ O modelo hegemônico de produção de saúde se desenvolveu a partir do Relatório Flexner (1910) em 1910 com a “cientificação” do saber médico na escolas de medicina ao promover pesquisas com metodologias para identificação de doenças e a intervenção baseada nas evidências propostas pelos estudos científicos. Desta forma, as outras práticas tradicionais, como a homeopatia, por não terem o crivo científico, foram marginalizadas e, em conjunto, denominadas de medicina alternativa (CECCIM, 2004).

social e histórico que reflete a forma pela qual o ser humano, ali residente, compreende o mundo.

Diante disso, a UFRB estruturou o curso de BIS/CCS/UFRB como uma estratégia curricular inovadora e com potencial para promover rupturas na medida que enfatizou a troca mútua de conhecimentos e experiências, a “horizontalização” de relações educando-educador, comunidade/indivíduos-educando-educador, Tal atitude, vanguardista do ponto de vista nacional, se justifica pelos diversos pontos de choque entre a teoria dos conhecimentos das ciências clássicas da saúde e o contexto ambiental em que o estudante e profissional de saúde do futuro estão inseridos, sendo então, o curso, apresentado como uma alternativa para resolução do ponto de crise do modelo hegemônico de fazer/aprender saúde.

Desta forma, a interdisciplinaridade, é entendida, segundo ALMEIDA FILHO (1997), como uma relação horizontal entre áreas com o compartilhamento de princípios e conceitos, tendo uma delas como coordenadora, para a identificação e elucidação de problemas e problemáticas com a fecundação e aprendizagem mútuas que se dão por combinação dos seus elementos internos.

Sendo, desta maneira, imperativa a compreensão de que o meio ambiente tem sentido holístico, englobando não somente a natureza em estado físico, mas todas as relações que ocorrem nesta e desta para todos os seres ali inseridos (BRANCO, 1985). Ao compreender como o meio físico se relaciona sócio historicamente com o ser humano, cabe uma reflexão de que meios diferentes com histórias diferentes possuem, dentro destes, interações diversas, produzindo e sendo produto de distintos seres que neles se relacionam, propiciando diferentes culturas que num mundo globalizado podem ocupar o mesmo espaço (BRANCO, 1985; DE BARROS LARAIA, 1986).

Tais aspectos antropológicos são cruciais para a compreensão de distintas culturas, com diferentes formas de captar informações, refletir sobre as mesmas e traduzir em ação. Assim, ao entrar em contato com um indivíduos no processo de cuidado é compreensível que o profissional estará lidando com diferentes formas de pensamento e quando inserido numa Unidade Básica de Saúde da Família terá a oportunidade de compreender melhor o espaço e realidade local, tentando, por sua vez, num exercício comunicativo, estabelecer intercâmbio entre seus saberes e os do usuário do SUS, para assim, ao conhecer melhor o sujeito, elucidar problemáticas relativas ao seu estado de saúde, na medida em que o sujeito possa apreender tais informações e constituí-las como dotadas de significância para o seu cotidiano. Sendo assim, o discente torna-se ator do seu processo de administração do seu estado de saúde, sem entretanto, se precipitar em “culpabilizar o sujeito” ao excluir o papel do Estado na

manutenção das condições e qualidade de vida para que a promoção de saúde seja propícia na realidade do indivíduo (CZERESNIA, 2003; BUSS, 2000).

Todavia, para que de fato se tenha uma saúde democrática e que ocorra fértil diálogo entre profissional da saúde e usuário do sistema de saúde deve haver uma educação do futuro profissional que compreenda os eixos humanísticos nas ações que se lidam diretamente ou indiretamente com humanos e para tanto é pertinente um projeto pedagógico que albergue a compreensão da “interculturalidade”, na qual todos estamos inseridos, compreendendo e respeitando as diferenças e dialogando de forma democrática e “horizontalizada” com o sujeito. Reconhecendo os obstáculos e desafios para a construção de um modelo de saúde democrático e formação e qualificação do cuidado, é importante reconhecer q para uma saúde efetiva, de fato acontecer, é preciso que os profissionais trabalhem não só de maneira interdisciplinar em relação as suas profissões mas também em relação aos mais diversos saberes, entendendo que a saúde deve ser composta pelas mais diversas esferas de conhecimento (SOUZA, 2018). Tais atributos e ações desses profissionais são alcançados (quando alcançados) de forma dificultosa e, por vezes demorada, à profissionais cujo currículo não comporta a interdisciplinaridade e remete majoritariamente a uma formação aos moldes dos modelos de países colonizadores.

Apesar de obstáculos e percalços que se encontram no caminho para o alcance pleno da interdisciplinaridade, pelo fato de ser uma estrutura de curso relativamente nova, isto é, nem todos os profissionais e educadores tenha tido a oportunidade de serem nela formados, é um exercício árduo no qual o docente deve se permitir quebrar os paradigmas construídos durante sua formação profissional (JAPIASSU, 1976), contudo, a tal percalço pode ser atribuído na medida em que o profissional formado de forma tradicionalista tenta desconstruir paradigmas antigos, este promove uma reflexão sobre a realidade, ainda entremeada por tais aspectos coloniais, sendo assim a criticidade da realidade é um dos pontos cruciais para a transformação do sujeito e para que este transforme o mundo.

A tal aspecto e na tentativa de promover diálogo entre as várias disciplinas que por séculos foram engendradas de forma fragmentada, a universidade aboliu os departamentos, vistos como barreiras para a comunicação, na medida em que aproximam seus semelhantes em formação e distanciam aqueles que poderiam contribuir para um diálogo interdisciplinar e realizou a flexibilidade curricular para que as metodologias de ensino sejam adaptadas às necessidades pedagógicas dos estudantes com uma relação horizontal e democrática entre docente e discente, fazendo deste, sujeito ativo no seu processo de avaliação e de fato protagonista na construção do seu conhecimento (FREIRE, 1983).

Considerações finais

O PPC do BIS privilegia estratégias pedagógicas que permitam vivências em componentes interdisciplinares, com oportunidades de conhecer os campos de pesquisa e extensão a partir dos componentes obrigatórios do itinerário formativo, utilizando como meio de consolidação e trocas, territórios do próprio município. Essa vinculação a uma comunidade e não somente a uma entidade social de uma área, permite um enfrentamento e compartilhamento de saberes, onde o científico não se sobrepõe ao popular, mas se alinha, permitindo uma relação horizontal entre universidade-comunidade, respeitando a interculturalidade, uma vez que agrega os aspectos da comunidade nas discussões e aproxima-se do conceito de “ecologia dos saberes” trazido por Boaventura (2004).

Dessa forma, o BIS se propõe a contestar o modelo bancário, disciplinar e cartesiano, incentivando a autonomia explicitada por Freire (FREIRE, 1997), promovendo o protagonismo discente em relação ao processo formativo, permitindo sua contribuição na construção ativa e no desenvolvimento pessoal e coletivo. Com isso, a contraposição do BIS frente a formação linear tradicional no campo da saúde, a colonização ocorrida por anos de educação tradicional, impede que essa movimentação seja instantânea. Todavia, esses fatores podem implicar na construção de agentes sociais mais críticos e maduros frente à pluralidade étnica, histórica, cultural, econômica e religiosa que sustentam, principalmente, as sociedades locais, brasileiras e latino-americanas, ao passo que o estudante é apresentado a elementos que possibilitam a compreensão do seu papel diante dos fatos da sociedade e diante das necessidades das populações e do SUS, opondo o aprendizado puramente baseado na profissionalização, a partir do ensino de habilidades e desenvolvimento de competências técnicas que, historicamente, favorecem mais os grupos oriundos de populações colonizadoras.

Considerando que a produção de conhecimento envolve uma reflexão contínua sobre estratégias de mobilização para ensino-aprendizagem, e por vezes será necessário a quebra de paradigmas hegemônicos para promoção de novas rotas para o saber, o BIS se propõe ir na contramão do sistema e em um confronto diário, que não esgota os limites, possibilidades, alcances e desafios dessa nova proposta.

O modelo curricular desenvolvido no BIS/CCS/UFRB buscou contemplar princípios exigidos desde o movimento da Reforma Sanitária, e que hoje já são previstos no Sistema Único de Saúde, como a equidade, integralidade e a participação popular; redirecionando a formação em saúde para um olhar mais amplo e modelos de atenção contra-hegemônicos, e desvinculando de práticas puramente biomédicas, “hospitalocêntricas”, e deficiente no que tange os aspectos sociais, políticos e humanísticos. Para isso, lançou mão da interdisciplinaridade e da flexibilização curricular, elementos que potencializam o desenvolvimento do ser crítico, sensível aos diversos contextos socioculturais e econômicos ao seu redor, e a influência destes fatores em todo o campo em todos os campos, especialmente no campo da saúde.

A partir disso, conclui-se que é importante a socialização desta proposta de formação universitária em saúde, no âmbito da discussão sobre decolonialidade na educação, tendo em vista a necessidade de difundirmos experiências que agreguem princípios que permitam a inclusão/permanência com respeito à diversidade cultural dos educandos e das comunidades/indivíduos, estes coparticipantes do processo de cuidado em saúde mediado por estes agentes no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997.

_____. **Universidade Nova: textos críticos e esperançosos**. Universidade de Brasília Editora Unb, 2007.

BAHIA (Estado). Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. **Territórios de Identidade**. Bahia, 2016. Disponível em: <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. In: **Análise de conteúdo**. Edições LXX, 2014.

BRANCO, Samuel Murgel. Meio ambiente em debate. In: **Meio ambiente em debate**. Moderna, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei nº. 11.151, de 29 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, por desmembramento da Universidade Federal da Bahia – UFBA, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 01 ago. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11151-29-julho-2005-537973-publicacaooriginal-31335-pl.html>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

SOUZA, André Luiz Barros de; SANTOS, Cinthia Lyrio dos; RODRIGUES, João Elias; ALVES, Juliani da Silva Araújo; SILVA, Junia Helena Fagundes da; ALENCAR, Nadia Souza Moreira de; LESSA, Rosimeire de Carvalho; PEREIRA, Vilma Azevedo Canuto FURTADO, Wederson Tavares; MOREIRA, Diane Alencar. Integração Ensino-Serviço nos cenários do SUS: Uma proposta de readequação aos processos educacionais no município de Vila Velha-ES. **Revista Acadêmica GUETO**, ed.11^a, Amargosa-Bahia, vol.5, nº.1, pág. 232-251, Jan/Maio 2018. ISSN nº. 2319-0752. Disponível em <https://www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/edicoes>

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**, v. 3, p. 259-78, 2004.

CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

DE BARROS LARAIA, Roque. **Cultura: um conceito antropológico**. Zahar, 1986.

DEMÉTRIO, Fran; ALVES, Vânia Sampaio; BRITO, Sheila Monteiro. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: a concepção positiva de saúde como referencial teórico (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, Luciana Alaíde Alves; OLIVEIRA,

Roberval Passos de; MEIRELES, Everson. **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Inovações Curriculares, Formação Interprofissional Integrada e em Ciclos**. Cruz das Almas: Editora UFRB, 2016. cap 3.

FLEXNER, Abraham; PRITCHET, H.; HENRY, S. Medical education in the United States and Canada bulletin number four (The Flexner Report). **New York (NY): The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**, 1910.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente. **São Paulo: Paz e Terra**, 1996.

_____. Extensão ou Comunicação?. 8ª. **Rio de Janeiro: Paz e terra**, 1983.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Imago Editora, 1976.

LANDER, Edgardo et al. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. **Buenos Aires: CLACSO**, 2005.

MANCINI, ARYTA ALVES. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. **São Paulo: Centauro**, 2005.

NACIF, Paulo Gabriel Soledade. Emergência da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia: desafios e percurso na construção de inovações curriculares. In: SANTANA, Luciana Alaíde Alves; OLIVEIRA, Roberval Passos de; MEIRELES, Everson. **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Inovações Curriculares, Formação Interprofissional Integrada e em Ciclos**. Cruz das Almas: Editora UFRB, 2016. cap 1.

PELIZZARI, Adriana et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002.

SANTANA, Luciana Alaíde Alves; OLIVEIRA, Roberval Passos de; MEIRELES, Everson. **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Inovações Curriculares, Formação Interprofissional Integrada e em Ciclos**. 1. ed. Cruz das Almas: Editora UFRB, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB, **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2010-2014**. Cruz das Almas, 2009. Disponível a partir de: <https://www.ufrb.edu.br/pdi/documentos?download=1;pdi-2010-2014>. Acesso em: 08 abr. 2017.

_____. **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – BIS**. Cruz das Almas, 2009.

_____. **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – BIS**. Cruz das Almas, 2014.

_____. **Projeto REUNI da UFRB**. Cruz das Almas, 2007. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/reuni/images/documentos/projeto.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO NO MUNDO EMPÍRICO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo¹
Ana Maria Dourado Fontes²
Nayara Mary A. T. Monteiro³
Soraya Dantas Santiago dos Anjos⁴
Vitória Solange Coelho Ferreira⁵

Resumo

Artigo sobre produção do cuidado, em unidades de saúde no desenvolvimento do Estágio Curricular de graduação em Enfermagem (ECS), na perspectiva da sua construção histórico-social do processo de formação que perpassa pela adoção de pressupostos da realidade, educação, saúde e enfermagem. Buscou analisar o processo de produção do cuidado, em unidades do sistema de saúde, no desenvolvimento do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade pública, no estado da Bahia Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa que pela relevância da práxis conferida pelo objeto, o Materialismo Histórico Dialético foi utilizado como modelo teórico-metodológico, haja vista que os fenômenos de saúde, são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo. Foram sujeitos: coordenador, docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es) da disciplina do Estágio Curricular II, do Curso. Os depoimentos foram coletados, por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática, em unidades de saúde de dois municípios Baianos. Os depoimentos foram classificados e organizados seguindo o cruzamento destes de acordo com a metodologia da análise temática. Entre as categorias empíricas surgiram dos discursos dos sujeitos, que trataram da **Formação** que dizem respeito às dimensões da construção do saber: o ensino da Enfermagem. O estudo apontou que no currículo do Curso analisado, conseguiu produzir mudanças na produção do cuidado em Enfermagem, e foi possível considerar significados nas tecnologias do trabalho para a produção desse cuidado, individual e coletivo; trabalho em equipe; autonomia; integralidade; individualidade; relações e atitudes profissionais interativas na perspectiva da consolidação do processo educativo dos profissionais envolvidos.

Palavras –chave: Educação em Enfermagem; Produção do Cuidado; Sistemas de saúde.

1 Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Prof^ª Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Departamento de Saúde. Tutora Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UESC. E-mail: confilgueiras@gmail.com

2 Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Prof.^ª Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UESC/Ilhéus. E-mail amdlfontes@uesc.br

3 Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente -UESC. Prof^ª Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC. Departamento de Saúde. Vice-Coord. do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UESC. E-mail: nmatmonteiro@uesc.br

4 Mestre em Saúde pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Prof^ª Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz -UESC. Departamento de Saúde. Tutora Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UESC. E-mail: soraya.dsa@gmail.com

5 Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Prof^ª Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz -UESC. Departamento de Saúde. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UESC. E-mail: vittsol@gmail.com

6 Ressalto que neste estudo, faço uma opção pelo feminino – enfermeira e demais atores da pesquisa – porém, não desconsidero a participação de profissionais homens, mas pretendo acentuar as características de gênero presentes na profissão, em uma clara subversão à norma gramatical.

Abstract

This aim is about the production of care in health units in the development of Nursing Internship (ECS) from the perspective of the historical and social construction of the training process, which passes through the adoption of assumptions of reality, education, health and nursing. It sought to analyze the process of production of care, in units of the health system, in the development of the Nursing Undergraduate Course, of a public university in the state of Bahia. An exploratory descriptive study with a qualitative approach that due to the relevance of the praxis conferred by the object. Dialectical Historical Materialism was used as a theoretical-methodological model, since health phenomena are understood as a result of social organization for production/ consumption. Subjects were coordinator, teachers, students and nurses of the discipline named Curricular Stage II. Those interviews were collected through semi structured interviews and systematic observation in health units of two municipalities of Bahia. The statements were classified and organized following the crosses of these according to the methodology of the thematic analysis. Among the empirical categories emerged from the discourses of the subjects, who dealt with Formation related to the dimensions of the construction of knowledge: Nursing teaching. The study pointed out that in the curriculum of the analyzed course, it was able to produce changes in Nursing care production, and it was possible to consider meanings in work technologies for the production of this individual and collective care; team work; autonomy; integrality; individuality; relationships and professional attitudes in order to consolidate the educational process of the professionals involved.

Keywords: Nursing Education; Care Production; Health systems

1 Introdução

A relação dialética entre Educação, Saúde e o Ensino da Enfermagem, norteadas pelas Políticas Sociais, constitui um tripé que molda a formação da(o) enfermeira(o)⁶, e que sempre nos instigou como docente e enfermeira das diversas unidades do sistema de saúde.

Historicamente, se observa que as transformações decorrentes do capitalismo no processo produtivo, a partir das últimas décadas do século XX, implicaram em diversos movimentos dialéticos no mundo da educação, particularmente nas relações dos indivíduos com o conhecimento.

O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) do curso de Graduação em Enfermagem, na sua totalidade, se caracteriza pelo processo de trabalho, ensino e aprendizagem, que se articula em cenários de práticas assistenciais e gerenciais, em unidades do sistema de saúde com os processos de produção do cuidado, formação profissional e cognição.

A experiência do ECS favorece, aos atores sociais envolvidos, docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es), o momento do acontecimento, do encontro. A experiência é analisada por Hermann, (2002, p. 55) ao ponderar que:

[...] diante de uma experiência, nos damos conta de que não é aquilo pensado, não é aquilo que havíamos suposto [...]. A experiência então identifica o estranho, o outro. Nesse esquema, ela é sempre superação e não pode ser pensada nos termos da ciência. Não se trata também de uma experiência que ensina isto ou aquilo, mas da experiência que ‘forma parte da essência histórica do homem’.

Nessa perspectiva de análise podemos apreender que diferentes fluxos influenciam a experiência formativa dos discentes no modo de operar o cuidado e apreensão do conhecimento nos cenários do ESC.

2 Percorso metodológico

O ponto central desse estudo é a concretude dos sujeitos pesquisados que ocorre em uma realidade, em que valores, crenças e atitudes na práxis cotidiana não foram observados em sua totalidade, considerando a complexidade e incompletude do objeto apreendido, daí o caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Os participantes, esclarecidos dos métodos e objetivos da pesquisa e sobre a garantia do caráter voluntário de sua participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo a utilização das informações desde que fosse garantido o anonimato. Os critérios de inclusão foram docentes, discentes e enfermeiras (os) preceptores que estavam participando diretamente da disciplina de Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida. Os critérios de exclusão foram a não aceitação dos sujeitos em participarem do estudo.

O estudo totalizou trinta e um (31) participantes, assim descritos:

GRUPO I - Docentes supervisoras da disciplina de Estágio Curricular II, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade escolhida num total de dois (02);

GRUPO II - Discentes que concluíram a disciplina do Estágio Curricular II, num total de dezoito discentes (18), dos municípios pesquisados;

GRUPO III - Enfermeiras (os) dos serviços de saúde que atuaram como preceptoras (es) das (os) alunos nos campos do Estágio Curricular II, num total de onze (11).

Os depoimentos foram coletados, por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática, em unidades de saúde de dois municípios Baianos. A pesquisa

foi aprovada pelo CEP, através do Parecer Consubstanciado nº 335, em Reunião Extraordinária nº E-29, da UESC.

Foram classificados e organizados seguindo o cruzamento destes de acordo com a metodologia da análise temática de Minayo (MINAYO,2000).

3 Relação Ensino – Aprendizagem

Ao iniciar essa etapa de análise tomamos como referência Vale e Guedes (2004), que refletem acerca da formação do enfermeiro para enfrentar as transformações do mundo do trabalho, norteadas pela construção de competências para o gerenciamento em Enfermagem, determinadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001).

As DCN/ENF devem direcionar o processo ensino-aprendizagem para as quatro dimensões do saber, apresentadas por Delors (2003), **o aprender a aprender ou conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a ser**, visando à integralidade do fazer saúde. Nesse sentido o ensino em saúde nos coloca diante de inúmeros desafios. Frente as fragilidades impostas pelo mundo da vida e do trabalho perante si e o outro (CHAVES: CECCIM, 2015).

Para Alarcão; Rua (2005), o ECS possibilita o desenvolvimento de competências, em um contexto de aprendizagem, que favorece o contato com a prática, na sua previsibilidade e imprevisibilidade, a mobilização integrada e contextualizada, de diferentes saberes, selecionados em função da sua pertinência, e a caminhada para a identidade profissional.

Portanto, esse momento de articulação entre a teoria e a prática requer não só da (o) discente, movimentos disparadores em que se possa viver e pensar essa realidade e a partir daí desconstruir conceitos e reformular paradigmas, frente às situações de vida pessoal e profissional que se configuram, e se confrontam durante a experiência educativa, proporcionada pelo ECS nas unidades de saúde, conforme Gomes; Casagrande (2002, p.701) ao referir que:

A experiência concreta da vida, para Dewey, surge sempre ao nos depararmos com problemas, e a educação deve tomar para si essa condição, enfrentando-a com uma atitude ponderada, cuidadosa, persistente e ativa, para garantir o melhor desenvolvimento do educando. Segundo ele, diante de algum problema, o ato de pensar deve ancorar-se nos seguintes pontos: 1) uma necessidade sentida, ou seja, o problema; 2) a análise da dificuldade; 3) as alternativas de solução do problema; 4) a experimentação de várias soluções, até que o teste mental aprove uma delas, e 5) a ação como prova final para a solução proposta, que deve ser verificada de maneira científica.

Nessa perspectiva os depoimentos, configuram o entendimento destes sobre as vivências do ECS e sua articulação com o processo ensino-aprendizagem:

E é um momento de revisão da minha prática, pois nessa etapa o aluno e o serviço disparam processos que me fazem buscar rever conteúdos teóricos e articular com o momento de prática (Ent. 1, Grupo I).

Muitas vezes há aquela demanda de discussão e resgate dos conteúdos que ele já viu em disciplinas anteriores (Ent. 3, Grupo I).

Nesse sentido, os currículos têm buscado acompanhar não apenas a legislação, mas também pensar as relações entre aprendizado e o mundo do trabalho. No mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado, e ambientes de trabalho.

Entre as (os) discentes, os depoimentos reforçam a importância que merece ser dada ao ECS e sua interação no processo da produção do cuidado, relação entre a teórico/prática, como forma de resgatar e consolidar o conhecimento, a partir da vivência que esse momento de aprendizagem e trabalho, confere à formação profissional:

A vivência no serviço, acho, que é uma forma de consolidação de tudo que foi aprendido na sala de aula. Porque o que a gente vê na teoria, fica longe, não é palpável (Ent. 6, Grupo II).

[...]. Conhecimento a gente adquire na universidade, mais que a prática. A vivência mesmo é que vai fazer a gente adquirir mais uma confiança. Uma segurança maior 'pra' desenvolver as consultas (Ent. 8, Grupo II).

No EC, a gente vai ter oportunidade de estar consolidando todo o conhecimento teórico, de 'tá' conhecendo como as coisas acontecem, aprendendo de verdade, porque só na prática você consegue aprender e consolidar todo o conhecimento (Ent. 18, Grupo II).

A aprendizagem conferida pelo ECS se pauta no saber acumulado pela experiência através da *práxis*, continuamente referida por quem está vivendo, seja enfermeira (o), docente, discente, médico, outros profissionais ou funcionários das unidades de saúde. O ECS deve ser contemplado como um procedimento didático que oportuniza situar, observar e aplicar, criteriosamente e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos aprendidos no curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido (COSTA; GERMANO, 2007).

As (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) também reforçaram a importância das vivências do ECS em Enfermagem, no que tange a interface à temática, conforme relato das entrevistas:

Para mim, é a oportunidade de discutir alguns temas que a gente às vezes não aprofundou ou não viu na graduação (Ent.21, Grupo III).

Eu gosto de ser preceptora, apesar da responsabilidade, mas a gente consegue articular com o aluno os conhecimentos que ele adquiriu nos semestres anteriores (Ent. 22, Grupo III).

Algumas vezes, o aluno traz conteúdos novos a partir de situações que surgem na prática, como por exemplo, os textos sobre planejamento estratégico, a gente leu e foi muito bom para mim esse momento (Ent. 27, Grupo, III).

Assim, destaca-se o entendimento dos atores sociais sobre a importância da articulação teórico/prática desenvolvida no cotidiano das práticas, e, desencadeada pelo processo ensino-aprendizagem, fomentadas pelo ECS nos cenários de práticas. A importância do ECS na formação profissional e pessoal dos profissionais, para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, e interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes cria a possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático.

A revalorização e redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e profissional. Assim, os espaços de atenção à saúde, devem possibilitar que a formação do Enfermeiro esteja centrada numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho.

4 Concretude e Totalidade nas Estratégias de Ensino-Aprendizagem

Ao problematizar a prática se permite trabalhar com a imprevisibilidade do cotidiano, exercitar e desenvolver o pensamento crítico e ético para o enfrentamento de situações críticas e conflitos vivenciados na práxis, como também desenvolver a maturidade frente à realidade concreta, construindo saberes e conformando competências gerenciais (GUSMÃO, 2015).

Provocar mudanças em algum sentido é o que guia o esforço pedagógico que se deve empreender atualmente nas organizações, onde o processo das relações acontece no cotidiano. A necessidade de mudança se torna imprescindível quando esses sujeitos se

percebem incomodados, interna e externamente no desenvolvimento de suas práticas profissionais e pessoais, que lhes permitem discutir os problemas que acontecem no dia-a-dia de estágio, direcionar a teoria para a realidade e fundamentar a prática.

Possibilita também inserir no planejamento do ECS, grupos de discussão e processos de aprendizagem, ensino e trabalho norteados pela educação permanente em saúde para problematizar as vivências do cotidiano, conforme o diário de campo e os relatos das (os) discentes entrevistadas (os):

[...] fiz o processo de territorialização todo, fui conhecer a comunidade mesmo, com alguns agentes, dividimos 'né'. Assim, como eram cinco pessoas por causa da prática, a gente se dividiu, e cada uma foi com um determinado nº de ACS reconhecer a área, e aí a gente pode visualizar, realmente o que é a área de abrangência da unidade, quais os problemas que tem na área, e assim muitas coisas apontadas pelos ACS. [...]. (Ent. 10, Grupo II).

Um conhecimento prévio, ele ajuda bastante, e é como eu falei. No outro você vê práticas isoladas, nos semestres anteriores. Hoje, no ECS você tem oportunidade de estar consolidando tudo isso num momento só, de estar agindo, de fato, como enfermeiro (Ent. 16, Grupo I).

Essas estratégias de ensino–aprendizagem, referidas pelas (os) discentes, na perspectiva das linhas do cuidado, estão em conformidade com as Diretrizes Curriculares.

Essa nova forma de atuar sobre o processo de ensino-aprendizagem, sugere a reflexão de que toda história é construída a partir das mudanças que os indivíduos operam sobre sua realidade, e que os fatos não existem isolados, destacados uma das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente, em movimento dialético onde nada está acabado, o fim de um processo é sempre o começo de outro.

Para os enfermeiros preceptores, as estratégias de ensino-aprendizagem se constituem em momentos de interação, revisão das práticas que originam a produção do cuidado:

A própria consulta é um momento de educação porque no momento que a gente tá passando pro aluno, a gente também tá trazendo à memória algumas coisas. A gente vê quando o aluno questiona, a gente vai e busca, discute com eles. (Ent. 20, Grupo II).

[...]. Também a gente propôs que elas trouxessem alguns temas pra gente discutir, a gente tem o compromisso com a formação dele, não deixar ele solto. (Ent. 30, Grupo, III).

Para Brito (2008), Gonzalez; Almeida, (2010) a comunicação estabelecida entre alunos, docentes, profissionais e pacientes é extremamente relevante para o desenvolvimento desse processo. Sob esse olhar, percebe-se que existe uma relação de aquisição de conhecimento, sob a lógica do aprender a aprender, na perspectiva da

educação problematizadora, em interação com discentes e enfermeiras (os) preceptoras (es).

Assim, as entrevistas das (os) enfermeiras (os) preceptoras (es) apresentaram em seus relatos de experiência, a importância de implementar no processo ensino-aprendizagem, competências que possibilitem, ao futuro profissional, gerenciar e negociar conflitos, para trabalhar as relações interpessoais, a biodiversidade, a ética, a inteligência emocional durante a formação, na dimensão do aprender a ser, do aprender a conviver e do respeito à cidadania:

[...] o relacionamento é muito complicado! [...], saber gerenciar os conflitos, as crises, as emoções, as dores, as ações, trabalhar com o outro, que muitas vezes é limitado... Este suporte psicológico que a gente tem que dar, e a gente não tem onde buscar [...] (Ent. 24, Grupo II).

[...] acho que são necessários conhecimentos que ajudem a gerenciar os conflitos, as relações interpessoais, igualmente aos conhecimentos específicos, científicos (Ent. 25, Grupo II).

Essa análise sobre as competências profissionais, requeridas pela contemporaneidade, é corroborada por Alarcão; Rua (2005, p.374):

[...]. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipe e desenvolvimento colaborativo de saberes. Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos. Aspira-se a que a educação conduza a um mundo mais humanizado.

4.1 A Autonomia dos Sujeitos no Processo de Formação Profissional

Ao iniciar essa etapa de análise é importante discutir a ideia de **autonomia**, que se apresenta no decorrer das análises. Por isso consideramos discutir **autonomia** desde seu conceito semântico aos conceitos atuais discutido no interior das instituições formadoras, na perspectiva das DCN/ENF e no âmbito do sistema dos serviços de saúde, a partir da consolidação do SUS.

Por definição a autonomia é a capacidade de se autogovernar. Pelo sentido filosófico, segundo Kant (1724-1804), capacidade apresentada pela vontade humana de se auto-determinar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno, com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível (UOL HOUAIS, 2011).

Assim, para as (os) discentes (Ent.4; 5 e 9), essa etapa de formação promovida pelo ECS, favorece a busca pela autonomia pessoal e profissional, que aparece desde a

escolha do local para a realização do estágio, ao entrosamento com a equipe e o enfermeiro, bem como o usuário. Em relação à escolha do local, conforme relatos abaixo:

*[...]Por isso eu pedi para vir prá aqui. Hoje eu estaria na unidade do bairro de (...), mas como fiz o meu gerenciamento lá, **me dispus a conhecer uma realidade diferente.** [...] (Ent. 5, Grupo II).*

*[...]. **Eu preferi continuar aqui, já que eu sabia como caminhar no serviço, e tudo e que seria um bom local pra essa aprendizagem, estaria me ofertando esses outros serviços** (Ent. 9, Grupo II).*

No que se refere ao processo relacional com a equipe e o enfermeiro, as (os) discentes (Ent. 6 e 15) relatam que:

*Mas, com o enfermeiro é ótima, e com a equipe toda, de uma forma geral recebeu a gente muito bem. **Se você tem um bom relacionamento com a equipe com certeza seu trabalho vai ser desenvolvido de uma forma bem melhor** (Ent. 6, Grupo II).*

*[...]. **Os ACS sempre estavam dispostos a nos acompanharem, principalmente no reconhecimento de área, as rotinas de serviço eles estavam muito dispostos a assimilar** (Ent. 15, Grupo II).*

Dos aspectos abordados identificamos claramente nos processos de autonomia das (os) discentes a importância da capacidade de escolha, auto-avaliação, desconstrução e forma de pensar e de fazer, do diálogo nas relações, e assim consolidar a sua formação profissional na perspectiva da tomada de decisão de forma crítica e reflexiva, enfim, o surgimento do sujeito social. Essa autonomia também se configura como respeito aos usuários, pois gera a humanização, aprender a viver junto (cooperar, compreender o outro), e nada melhor do que o exercício cotidiano nos contextos de trabalho, privilegiados pela experiência no desenvolvimento do ECS.

As unidades de saúde são os locais indicados e adequados para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação) (ALARCÃO; RUA, 2005; CAVALCANTE FILHO, *et al.*, 2009; DELORS, 2003).

Os depoimentos corroboram esse pensamento ao referir que:

*Acho que você 'tá' mais livre, **o que te pauta, a sua atividade é de verdade o relacionamento com o paciente, o feedback que você tem dele é que direciona mais, as suas ações, tanto do paciente como da equipe que você 'ta' trabalhando.** Isso é que vai te direcionando, e aí a gente aprende horrores com isso (Ent. 4, Grupo II).*

Depois eu fui fazer uma visita puerperal e aí na hora que eu fui falar, ela (a paciente). Ela disse que tava na oficina, e foi dizendo o que havíamos conversado, ela tinha lembrado. Foi muito legal, isso. A gente viu que funciona, sempre fica alguma informação de interesse daquela pessoa (Ent. 12, Grupo II)

Repensar a prática e considerar o saber do senso comum do usuário, permite aos futuros profissionais, perceberem e valorizarem esses atores, em suas necessidades de saúde, e desmistificar a relação saber/poder, que se apresentou, e ainda se apresenta, em diversos momentos da construção histórica e social das profissões da área de saúde, que desconsideram a fragilidade do usuário não apenas na sua necessidade de saúde, bem como no seu direito e conhecimento que tem sobre o seu corpo e seu agravo.

Essa análise é corroborada por Inojosa, (2005, p. 2), ao considerar que:

[...]. Quem é atendido quer resolver o problema que sente, ainda que o problema esteja para além das possibilidades de intervenção de quem atende. Quem atende às vezes fecha cuidadosamente o seu coração para não aumentar sua própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde. Trata-se, portanto, de um grande desafio propiciar que os encontros entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua, essencial para a produção da saúde.

Esses momentos de contradição e do repensar seu papel, enquanto agente de mudança, trazem a reflexão/desconstrução, pois consideram que os procedimentos de interpretação dialética implicam que o sujeito se posicione na situação de intérprete social, se mostre receptivo às mudanças históricas e sociais do contexto, não se posicionando de forma privilegiada de observador, e sim compartilhe com o outro, os procedimentos que pretende viver e compartilhar na construção da práxis social. O *ser de atenção consciente* é a segunda dimensão indispensável ao nosso ser-no-mundo como vir a ser. Sem essa dimensão, nenhum desenvolvimento é possível, nenhuma percepção de si é possível e, portanto, nenhuma possibilidade de construção de um conhecimento de si (JOSSO, 2006; PIRES, M.R. G.M.,2005).

Foi nessa direção, que optamos por analisar os sujeitos de pesquisa, em todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica e educacional, e pudéssemos vivenciar sua experiência no contexto daquele momento vivido, refletido e transformado propiciado pela etapa de aprendizagem e trabalho destes atores sociais.

*[...] E aí a gente foi aprendendo a questão da equipe. Como é que faz? Se tem gente resistente na equipe a gente para o serviço? Tenho que fazer. **Tenho que lidar com isso e tal. Trabalhar com essas pessoas ‘pra’ diminuir o atrito. Então, a gente já tem um pouco dessas estratégias, do que pode mudar** (Ent. 14, Grupo II).*

Por estarmos vindo de fora, estar mais leves, mais fora dos problemas, nós sugerimos essas intervenções nas reuniões. Pedimos que eles mesmos fossem sugerindo os temas. Por que se eles não estão bem, como podem cuidar da comunidade? (Ent. 31, Grupo II).

Nessa perspectiva buscamos a colaboração de Franco (2007, p. 430):

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. [...].

5 Produção do cuidado no ECS em enfermagem

Discutir o processo de produção do cuidado no desenvolvimento do ECS, em que se inscreve a realidade e totalidade das unidades do sistema de saúde implica em considerar aspectos como: tecnologias do trabalho para produção desse cuidado; trabalho em equipe; autonomia; integralidade; individualidade; relações e atitudes profissionais. Esses aspectos contribuem para a competência da (o) enfermeira (o), que reforça o papel social e político da Enfermagem na produção do cuidado em saúde.

De acordo com Fischborn; Cadona (2018, p.229):

É importante destacar que os espaços concretos de trabalho em saúde configuram-se como espaços de tensões e de contradições para os trabalhadores. Se, por um lado, os trabalhadores se veem inseridos em dinâmicas de democratização das políticas e de ações legalizadas pelas políticas públicas, numa conformação normatizada de trabalhar, sendo vistos por alguns autores como “agentes de mudança”, por outro, convivem com a lógica de mercado que prioriza o lucro, introduz a visão econômica e administrativa ao trabalho em saúde, precariza as relações de trabalho e restringe o financiamento em saúde.

Com essas atitudes, se espera que o profissional estabeleça acolhimento, vínculo, responsabilização, e desenvolva a *escuta sensível*. A *escuta sensível* no ECS implica, necessariamente, em pensar na integralidade da atenção, onde ressaltamos o cuidado enquanto vínculo, acolhimento e responsabilização dos sujeitos no cuidado para como usuário em nível individual e coletivo (MERHY, 2003; ROSSI; SILVA, 2005).

Nesse sentido, destacamos alguns discursos das (os) discentes que reiteram as abordagens teóricas acerca do cabedal de saberes e fazeres de cada profissional:

O acúmulo de conhecimentos com certeza é importantíssimo, por que você tem que ter base científica pra tomar decisão. [...] Um conhecimento prévio, ele ajuda bastante, é como eu falei. Você vê práticas isoladas, nos semestres anteriores. Hoje, no EC, você tem oportunidade

de estar consolidando tudo isso num momento só, de estar agindo de fato, como enfermeiro (Ent. 6, Grupo II).

[...]: De manhã a gente fazia consultas, tudo que surgisse de problema na unidade, e as tardes a gente fazia atividade educativa, visitas domiciliares com os ACS, aos pacientes que estavam acamados, impossibilitados de irem ao posto. Fizemos atividades nos colégios próximos à unidade, com a dentista, ela falando sobre higiene bucal, e a gente falando da importância do planejamento, informando aos usuários sobre o PSF, [...] (Ent. 12, Grupo II).

Com essa nova forma de operar e produzir o cuidado em ato vivo, se desencadeia a reestruturação produtiva, “resultante de mudança no modo de produzir o cuidado, gerada a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais” (MERHY E FRANCO, 2006, p. 225-226).

A formação do enfermeiro envolve aspectos gerenciais na sua atuação, que poderá constituir-se em um dispositivo de mudança no operar o cuidado, contribuir na (re)construção de valores, saberes, práticas e relações, com espaços de reflexão e diálogo no seu processo de trabalho e da equipe, a partir de pressupostos como: a capacidade de autogoverno e autonomia na condução do seus processos de trabalho.

Entretanto, os relatos das Ents. 19 e 30, Grupo III, deixam explicitado que essa autonomia profissional, na produção do cuidado, é, e pode ser, conquistada pela (o) enfermeira (o) no cotidiano do processo de trabalho, quando a (o) mesma (o) busca sistematizar o serviço, e assim favorecer a maior resolutividade no dia-a-dia de trabalho, e potencializar esse cuidado em benefício do usuário.

Por ex: você fez uma baciloscopia, e as duas amostras deram positivas, não necessariamente precisa esperar que aquele usuário faça uma consulta com o médico. Então você pode estar iniciando, já que é padronizado, o tratamento, as medicações, já pode estar ali, né, dando as orientações, iniciando. Você marca já uma consulta, já deixa agendado para ele ser assistido pelo médico. Você jamais vai deixar de iniciar um tratamento, porque naquele dia não tem atendimento médico (Ent. 19, Grupo III).

[...]. Uma paciente de leishmaniose, eu encaminhei para outra unidade, perto de onde a paciente morava, levei a medicação, apresentei o paciente, e pedi que toda vez que a colega administrasse, registrasse, pois são 60 injeções, e tenho mantido o contato. A colega me informou que não percebeu melhora do quadro, e eu pude antecipar a avaliação médica (Ent. 30, Grupo III).

A atuação do enfermeiro pode se constituir em um dispositivo de mudança no operar o cuidado que contribui na (re)construção de valores, saberes, práticas e relações, com espaços de reflexão e diálogo no seu processo de trabalho e da equipe, tendo como

pressupostos a capacidade de autogoverno e autonomia na condução dos seus processos de trabalho.

O cuidado tem significados e sentidos para a compreensão de saúde, como direito, que resgata o tratar, o respeitar, o acolher o ser em sofrimento em uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento.

O trabalho em equipe oportuniza o estabelecimento de relações interpessoais, experiências compartilhadas, em um espaço de disputas institucionais, de confronto de ideias e de práticas privadas do trabalhador, onde todos governam a produção de atos de saúde com graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores para possibilitar processos produtivos usuários-centrados no trabalho vivo em ato (FRANCO, 2007; MERHY, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Essa capacidade de autogoverno, autonomia e reconstrução das práticas, com base nas tecnologias leves, fortalece o saber fazer e saber ser, e também contribui para a melhoria do processo de trabalho, conforme identificado no relato das (os) discentes:

[...]. É importante identificar no ES a parte assistencial, do cuidado, da prescrição adequada, de conhecer seu paciente, saber o nome, o contexto que ele 'tá' envolvido. O paciente chega, você sabe o nome, é parente de quem? Que tem tal problema, que vive não sei aonde (Ent. 4, Grupo II).

[...], mas, conhecendo o enfermeiro daqui reavivou o meu desejo de querer trabalhar num PSF. O que me chamou a atenção nele foi o acolhimento. Realmente ele acolhe.[...]. Se é um exame que ele pode prescrever, ele prescreve. E quando ele não pode ele conversa com o médico e aproveita pra tá fazendo esse trabalho (Ent 7, Grupo II).

Assim, passamos à discussão sobre a forma como os profissionais de saúde operam a produção do cuidado na perspectiva de apreender a totalidade e contradições das práticas sociais em busca das linhas do cuidado previstas a partir da integralidade e acolhimento que se nos apresentou nos discursos dos sujeitos sociais que integraram este estudo.

5.1 Produção do cuidado no ECS e sua mediação com prática social

Na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, o fenômeno de ocorrência da produção do cuidado no ES, em unidades de saúde se constitui numa prática social dos sujeitos que buscam interagir nesse processo de relações sociais que se estabelecem nas unidades onde atuam como cenários de prática. Apropriam-se, ou não, da consciência

crítica a partir da materialidade do processo como forma de se perceber no mundo através das relações de trabalho e do cuidado inerentes ao “*ser enfermeiro*”.

A ESF imprimiu diversas mudanças que consideramos como avanços na produção dos cuidados à população, principalmente no que se refere ao elevado e significativo contato dos profissionais com as comunidades, com uma referência importante no Agente Comunitário de Saúde (ACS), em relação à população adscrita, na perspectiva de integralidade, vínculo e responsabilização.

5.1.2 O olhar da integralidade

Dentro da concepção ampla, e conceitual de integralidade, destacam-se: ações de educação em saúde, como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde, e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, trabalho em equipe e diversos serviços que buscam uma transformação no quadro de saúde da população (MACHADO, M.F.A.S., *et al.*, (2007).

As entrevistas das (os) discentes que tratam dos aspectos referentes à integralidade no processo de construção e reconstrução das práticas em enfermagem na perspectiva da produção do cuidado mediatizado pelos momentos de encontros vividos pelos atores sociais no decorrer do ECS:

Você reflete um pouco também sobre essas coisas. [...] Aqui não, você tá no estágio, você vê. [...] A postura de enfermeiro. Você ser estimulado, vamos dizer assim, você refletir sobre sua prática (Ent. 4, Grupo II).

[...]. É essencial, esse processo de cuidar, esse processo de trabalho. Poder ver, planejar e praticar a ação. E você estando presente como aqui é possível, a gente vê as mudanças nesse processo de cuidar de trabalho (Ent. 5, Grupo II).

Esse momento de encontro das discentes com o ambiente de trabalho propicia (re)pensar o cuidado enquanto ato, refletido sobre o fazer sistematizado e social, não institucionalizado. Nesse sentido, Pires, M.R.G.M. (2005, p. 1031) sustenta que:

Cuidar é mais que um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, faz parte da realidade criativa dos seres, compondo-lhe a estrutura de ser e vir a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais.

Nessa perspectiva, a busca da integralidade, pelos atores sociais, é apontada por Machado, M.F.A.S. et al., (2007, p. 336): *A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua*

plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

É importante a construção de uma concepção crítica da educação que pretenda ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação, e com isso construir uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos, e favorece a construção/consolidação de movimentos em busca da integralidade.

Assim, deve se considerar a adoção da educação permanente como um dos eixos na promoção de movimentos inovadores na gestão democrática do SUS e na formatação de práticas de saúde que aproximem um cuidado integral e de qualidade aos usuários, e tem como foco o trabalho em saúde em ato, enquanto processo que envolve usuários, trabalhadores e gestores (FRANCO, *et al.*, 2009).

Nossa análise do cuidado como ato integral, terapêutico encontra respaldo em Pinheiro e Mattos (2005), referido por Franco, *et al.*, (2009, p. 121), pois:

Afinal, o cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser[...]. É uma ação integral de relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, com responsabilização, vínculo e acolhimento.

Essas atitudes dos profissionais encontram ressonância nos achados dos relatos das entrevistas e diário de campo, desse estudo:

A busca maior é pelo enfermeiro da unidade. Até porque ele é um profissional que acolhe. Mesmo que não cabe a ele, ele procura dar uma solução. Seja encaminhando 'pro' médico, ouvindo, de forma a dar uma continuidade ao problema daquele paciente (Ent. 7, Grupo II).

[...]. A gente sempre pergunta tudo. O que 'tá' vivendo, se 'tá' passando por algum problema, o que ele tem feito. dando ênfase a isso, não simplesmente ver a patologia, o problema que ele traz, procurando ver o contexto que ele 'tá' inserido. Como por ex: a gente escuta. Tem paciente aqui, é mais uma carência, vive sozinho, 'tá' procurando a unidade pra ser ouvido (Ent. 20, Grupo II).

É importante ressaltar que acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, sem perder de vista a perspectiva da atenção individual, e a coletiva. Envolve uma teia de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais biofísicas e psicossociais favoráveis (INOJOSA, 2005).

Na perspectiva da aquisição de conhecimentos, essa forma de operar o cuidado, requer do enfermeiro um domínio de conhecimentos para atuar. Porém, quando se analisa sobre o valor do cuidado, enquanto processo vivo em ato é importante investir em educação permanente que possa operar subjetividades e desejos que fortaleçam as tecnologias leves, e assim, interagir na contemporaneidade onde a competência do saber ser produz mudanças nos sujeitos que se percebem no outro e com o outro, e assim modificam o meio dialeticamente.

6 Considerações finais

O estudo possibilitou a oportunidade de identificar algumas contradições no decorrer dessa etapa de escolha das (os) alunos no campo de prática do ECS, da participação docente e enfermeiras preceptoras, e esses conflitos não se configuram em empecilhos para o desenvolvimento de suas ações, mas ao gerar incômodos no cotidiano, fazem com que os sujeitos se descubram, e descubram no outro as possibilidades de repensar esses comportamentos, e assim reescrever atitudes que levem à autonomia pessoal e coletiva, ou seja, o princípio dialético da contradição.

Observa-se, portanto, mediante as narrativas das(os) entrevistadas (os) que os movimentos no campo do EC apresentaram-se, ora pautados em uma racionalidade instrumental advinda do espaço acadêmico, reflexo da captura de subjetividades pelos protocolos técnicos da matriz curricular do Curso de Enfermagem, e, outros movimentos de maior liberdade no pensar a produção do cuidado, em que as reflexões fogem a linearidade do saber acadêmico à medida que, enquanto sujeitos, vão se constituindo no plano da experiência.

Referências

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto & Contexto Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis - SC, Brasil, v. 14, n. 003, p. 373-382, jul. – set. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/ 11/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 9 /11/ 2001. Seção 1, p. 37. 2001.

BRITO, Maria José Menezes, *et al.* Experiências de integralidade no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: **Ensino – trabalho – cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. p. 93-108.156 p. 2006.

CAVALCANTE FILHO, João Batista, *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n. 31, p. 315-328, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 maio 2018, <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>

CHAVES, Simone Edi; CECCIM, Ricardo Burg. Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1233-1242, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000401233&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 maio 2018. Epub 08-Set-2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0728>.

COSTA, Lauriana Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.60, n.6, dez., 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600016&lng=pt&nrm=iso Acessos em 09 dez. 2010.

DELORS J, organizador. **Educação: um tesouro a descobrir.** 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. [Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI]. Disponível em: http://ns1.dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf Acesso em 6 dez 2010.

FISCHBORN, Aline Fernanda; CADONA, Marco André. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v.27, n.1, p. 227-237, jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902018000100227&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 maio 2018. 2018. : <http://dx.doi.org/10.1590/s010412902018170719>.

FRANCO, T.B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Brazil, v.11, n.23, p.427-38, set. – dez. 2007.

FRANCO, T B, *et al.* Processo e Tecnologias de Trabalho do Enfermeiro no PSF de Itabuna – Bahia. In: FRANCO, T B; ANDRADE, C S, FERREIRA, V S. (ORGS). **A produção subjetiva do PSF: Cartografias do Cuidado em Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, p. 62-84. 2009. 167p.

GOMES; CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 5, p. 696-703, set.-out. 2002.

GONZALEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 757-762, maio. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>

GUSMAO, Renata Castro; CECCIM, Ricardo Burg; DRACHLER, Maria de Lourdes. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 695-707, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500695&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0830>

HERMANN, Nadja. **Hermenêutica e Educação**. Rio de janeiro: DP&A, 2002. (O que você precisa saber sobre).

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

JOSSO, Marie Christine. As figuras de ligação nos relatos de formação: ligações formadoras, deformadoras e transformadoras. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 373-383, ago 2006.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022006000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022006000200012>.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342.2007.

MERHY E.E.. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Cadernos de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS**. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS. 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO T.B. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, p. 225-230. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo -Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO. 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, fev. 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO. 2005. 318 p.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciên e Saúde Colet.**, v.10, n.4, p.1025-35, 2005. Disponível em:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002 Acesso em: 31 de out. 2008.

ROSSI, F. R. SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n. 4, p. 460-468, 2005.

UOL HOUAIS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0909200603.htm>>. Acesso em: 22 mai2011.

VALE, E.G.; GUEDES, M.C.V. Competências e habilidades no ensino de administração em Enfermagem à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.57. n.4, p.475-478, jul./ago.2004.

Normas de submissão

1. O Periódico de Divulgação Científica – REVISTA ACADÊMICA GUETO - aceita artigos originais, notas de leitura e resenhas bibliográficas. A colaboração deverá ser matéria de pesquisa específica nas áreas de Educação, Inclusão, Cultura Corporal, Saúde e afins e ser inédita. Poderá ser redigida numa das seguintes línguas: português, espanhol, francês ou inglês. Não serão apreciados os trabalhos que não estiverem de acordo com as normas a seguir especificadas.

2. No caso de artigo, apresentar logo abaixo do nome do autor (deixando um enter de espaço) um resumo de, no máximo 250 palavras, em português e em inglês, obrigatoriamente.

3. Deve-se indicar, após ambos os resumos, 03 (três) palavras-chave, em português e em inglês, que descrevam a essência do assunto tratado, visando indexação.

4. O trabalho deve ter a extensão máxima de 20 (vinte) (cerca de 7.000 palavras) e mínima de 10 (dez) páginas (cerca de 3.400 palavras) e entrelinha com espaço um e meio.

5. As indicações bibliográficas das citações deverão ser colocadas em notas de rodapé, de acordo com as normas de referência bibliográfica, ou indicadas no corpo do artigo como sugerido: sobrenome do autor e, entre parênteses, data identificadora da edição da obra seguida de vírgula e número da página, se for o caso.

6. A bibliografia deverá constar ao final do texto, apresentar apenas as referências de obras mencionadas no trabalho e seguir as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT.

a. Para livros, deverá ter o seguinte formato:

SOBRENOME DO AUTOR, nome do autor. Título do livro. Local de publicação: nome da editora, data da publicação (incluir, entre o título do livro e o local de publicação, o número da edição, quando não for a primeira, usando para tanto o formato: número da edição em algarismo arábico. ed.).

- b.** Para artigos publicados em periódicos, deverá ter o seguinte formato:

SOBRENOME DO AUTOR, nome do autor. Título do artigo. Nome do periódico, série do periódico, local de publicação, v. volume do periódico,
p. intervalo de páginas em que está contido o artigo, data.

7. O trabalho deverá ser gravado no programa Word (qualquer versão), tendo o nome do autor como nome do arquivo.

8. As resenhas devem ter como objeto obras recentes (publicadas nos dois últimos anos) e devem apresentar como título a referência bibliográfica da obra resenhada, mencionando-se inclusive o número de páginas. O texto crítico deve manter-se no limite máximo de 3 (três) páginas.

9. O arquivo deve ser enviado para o editor – jeanadriano@ufrb.edu.br e revistagueto@gmail.com

10. O Conselho Editorial reserva-se o direito de recusar os trabalhos que não atendam rigorosamente às normas explicitadas acima.

11. Os critérios norteadores para aceitação dos trabalhos pelo Conselho da REVELA são, fundamentalmente, a relevância científica, a originalidade e a clareza dos textos apresentados.

CONFIGURAÇÕES GERAIS:

- a.** Título do Trabalho: Times New Roman 16, Negrito, centralizado.
- b.** Nome do Autor: Logo abaixo no título, times New Roman 11, negrito, recuo à direita, com qualificação em nota de rodapé (formação acadêmica, instituição de ensino vinculada e e-mail).
- c.** As seções do artigo podem ou não ser numeradas. Os títulos das seções devem estar em negrito e apenas com a primeira letra maiúscula. Assim como todo o restante do texto, os títulos das seções e subseções devem estar em fonte Times New Roman e com o espaçamento 1,5 entre linhas.
- d.** Os parágrafos devem ter um recuo de 1,27 cm. Pode-se conseguir esse recuo apertando a tecla <TAB>. O texto deve estar em fonte 12, Times New Roman, e as partes em destaque devem estar em itálico. Evite usar

o negrito ou sublinhado.

- e. O corpo do texto deve estar sempre justificado (com alinhamento à direita e esquerda das margens), as páginas não devem estar numeradas e o formato das margens é o seguinte: papel Letter, margens superior e inferior: 3 cm; margens esquerda e direita: 2,5 cm.
- f. O título das subseções, assim como os títulos das seções, fica bem à esquerda, sem a necessidade de recuo. Ele segue os mesmos padrões dos títulos de seção (devem estar em negrito e apenas com a primeira letra maiúscula). Entre o texto anterior e o subtítulo, deve ser deixado o espaço de 01 linha. Da mesma maneira, deve-se deixar 01 linha em branco entre o título da seção ou (subseção) e o texto que o segue.

PS: Os artigos enviados sem a devida normatização, receberão email indicando o reenvio do trabalho no prazo máximo de 72h.

A Revista Acadêmica **GUETO** é uma iniciativa do Grupo de Pesquisa GUETO do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, publicação com periodicidade semestral, contando, portanto, com 2 números por ano, exceto edições especiais.

A GUETO publica documentos como: artigos, ensaios, debates, entrevistas, resenhas, todos inéditos, em qualquer língua e tendo como temas que assuntos que contribuam para o desenvolvimento do debate educacional, bem como para a divulgação do conhecimento produzido na área, considerando as perspectivas da Inclusão e Cultura Corporal.

A **Revista GUETO** é voltada para professores, discentes e pesquisadores, de diversas áreas do conhecimento, abordando problemáticas ligadas a campos de conhecimentos tais como: Ciências Humanas, Ciências Sociais, Ciências da Saúde, dentre outras.

www2.ufrb.edu.br/revistaacademicagueto/

