

José Auricélio Bernardo Cândido

Geanne Maria Costa Torres

Inês Dolores Teles Figueiredo

Maria Irismar de Almeida

(Organizadores)



FLORDE CACTO: experiências de ensino/aprendizagem no Mestrado Profissional de Saúde da Família



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmo Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírída Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

José Auricélio Bernardo Cândido

Geanne Maria Costa Torres

Inês Dolores Teles Figueiredo

Maria Irismar de Almeida

(Organizadores)

FLOR DE CACTO:

**Experiências de ensino/aprendizagem no
Mestrado Profissional de Saúde da Família**

1ª Edição

Fortaleza - CE

2019



**FLOR DE CACTO: EXPERIÊNCIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM NO
MESTRADO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

© 2019 *Copyright by* José Auricélio Bernardo Cândido, Geanne Maria Costa Torres, Inês
Dolores Teles Figueiredo e Maria Irismar de Almeida

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Capa

Auricélio Bernardo Cândido

Diagramação

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

João Vianney Campos de Mesquita

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

F632 Flor de cacto: experiências de ensino/aprendizagem no mestrado
profissional de saúde da família / Organizado por José Auricélio
Bernardo Cândido...[et al.]. - Fortaleza : EdUECE, 2019.
178 p.
ISBN: 978-85-7826-677-6

1. Saúde - Estudo e ensino. 2. Saúde familiar. I. Cândido, José
Auricélio Bernardo. II. Título.

CDD: 610.73



APRESENTAÇÃO

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) foi criada em julho de 2009 com o propósito de aprimorar a formação em saúde, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e ao desenvolvimento profissional daqueles que trabalham na Saúde, em particular, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e reforçar a relação das ações de formação com a gestão do trabalho em saúde e criar instâncias colegiadas para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. Sua finalidade é desenvolver processos de educação permanente, a produção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área Saúde da Família, na região Nordeste. Foi criada inicialmente com a participação de instituições dos estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí e Maranhão; e da Fundação Oswaldo Cruz. A associação de instituições do Nordeste Brasileiro de respeito e reconhecido ações e de experiências acumuladas de cooperação e intercâmbio entre as instituições com experiência em programas de pós-graduação em saúde coletiva possibilitou a criação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, sendo aprovado em novembro de 2010 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A opção pelo formato do Mestrado Profissional (MP) reforça a desejável parceria entre a RENASF e os gestores municipais, além de se comprometer com o fortalecimento de redes de saúde-escola.

Desta forma, em 2012, ocorre a concretização da primeira turma de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF (2012-2014), contando com sete instituições e uma turma de 100 alunos. Com o lançamento da segunda turma (2014-2016), ousamos ainda mais, com 130 alunos e a associação de nove instituições nucleadoras: Fiocruz-CE, UECE, UFC, UVA, URCA, UFMA, UFRN, UFPI, UFPB.

A proposta do Curso fundamenta-se na compreensão de que os serviços de saúde são também estruturas e locais de produção de conhecimento, pois estimulam o trabalho pautado no conhecimento metodológico, o desenvolvimento do potencial analítico e da capacidade de reflexão crítica dos profissionais da ESF, relacionados com a mudança no modelo assistencial para plena implementação do SUS.

O MPSF tem por objetivo geral formar e qualificar os profissionais do serviço de saúde, incentivando o uso de métodos de pesquisa para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado na ESF. Adota a concepção de currículo como construção social, que contempla, além dos conteúdos, o processo ensino-aprendizagem e a avaliação. Baseia-se nos referenciais da educação por competências, entendendo competência como a capacidade de articular, mobilizar

e colocar em prática conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários ao desempenho de atividades requeridas pelo trabalho na ESF, na qual o adequado cuidado ao indivíduo é inseparável da compreensão das dinâmicas coletivas. Para tal, o MPSF tem uma estrutura curricular comum oferecida em rede, descentralizada, com estímulo à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pois ao destinarem-se a um público adulto estas possibilitam a concreta participação dos mestrandos e valoriza a aprendizagem significativa de forma contextualizada, requisitos estes necessários para a construção de saberes de modo mais efetivo.

Ancorado nas metodologias ativas o curso propõe estratégias educacionais diversificadas (grupo tutorial, seminários, estudo dirigido, evocação, narrativas, projeto em equipe, prática na comunidade, etc.) as quais conduzem à construção dos objetivos de aprendizagem em cada módulo. A cada módulo os mestrandos produzem conhecimento a partir de atividades com inserção em seus territórios de atuação. Destaca-se a estratégia educacional de práticas na comunidade onde é possível exercitar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação junto à comunidade em que atuam como profissionais de saúde no contexto da ESF.

Desde a primeira turma o curso assumiu sua responsabilidade acadêmica e social com os serviços de saúde. Traduzimos o potencial trabalhado e produzido durante a formação em produção bibliográfica técnica e acadêmica. Parte deste compromisso se apresenta com

a produção de quatro livros de pesquisa original, oriundas dos projetos de dissertação e duas autorais, e duas produções técnicas, além de artigos científicos qualificados nos periódicos CAPES. A produção aqui apresentada revela o potencial técnico, acadêmico e científico que o MPSF possibilita vivenciar aos Mestres em saúde da família durante o processo formativo e sua devolutiva a comunidades.

A 2ª turma do MPSF (2014-2016) em convergência com os propósitos assumidos diante de sua formação para melhor atender as necessidades da população sob sua responsabilidade de cuidado e acreditando que as experiências exitosas vivenciadas durante o curso possam ser compartilhadas, em especial, junto aos trabalhadores de saúde que fazem o dia a dia do SUS, oferecem uma produção realizada e assinada por múltiplas mãos, mas que demonstram saberes, práticas e reflexões criteriosas para um permanente fortalecimento da Estratégia Saúde da Família dentro da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes

Coordenadora do CMPSF

Nucleadora Universidade Estadual do Ceará

PREFÁCIO

Este livro surge da ideia dos Mestres em Saúde da Família formados pela Universidade Estadual do Ceará – UECE e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ no biênio 2014/2016. A turma autodenominada por **Flor de Cacto** sentiu o anseio de constituir um livro que denotasse os momentos vivenciados nas práticas de educação em saúde durante os módulos do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF.

O objetivo central desta publicação é relatar as experiências vivenciadas enquanto ainda mestrandos, bem como presentear os autores e leitores com a subjetividade das relações convividas durante o curso, permeados por momentos dicotômicos de dificuldades, facilidades, alegrias e tristezas, ensino e aprendizagem, mas que fortaleceram a união e o amor experimentado pela turma.

O livro (*e-book*) é composto por nove capítulos que retratam a prática pedagógica, vivências e aprendizados, experimentada de forma coletiva pelos autores.

O primeiro capítulo, **Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família**, relata a experiência da utilização de ferramentas - genograma, ecomapa, tipologia familiar, PRATICE e Apgar - que fornecem informações sobre intervenções de modo a

facilitar a avaliação das relações familiares e promover o conhecimento das ferramentas de abordagem para o trabalho em equipe.

O segundo capítulo, **Educação Popular em Saúde de portadores de Diabetes Mellitus com má adesão ao tratamento**, foca a identificação das dificuldades relacionadas ao tratamento e melhoraria a adesão por meio de espaços para discussão e diálogo utilizando-se a estratégia da Educação Popular.

O terceiro capítulo, **Círculo de Cultura & o Agente Comunitário: Tecendo novos sentidos para a saúde do trabalhador**, relata a utilização da estratégia do círculo de cultura no âmbito da atenção primária à saúde com os Agentes Comunitários a cerca da saúde do trabalhador.

O quarto capítulo, **A aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência** destaca a experiência no âmbito da unidade de saúde da família com a utilização de ferramentas como genograma e ecomapa para a abordagem familiar e suas relações, além de permitir a sua apropriação pelos profissionais.

O quinto capítulo, **O Círculo de Cultura como ferramenta do cuidar na promoção da saúde do adolescente**, relata a utilização do Círculo de Cultura como ferramenta de cuidado na promoção da saúde do adolescente na Saúde da Família, possibilitando espaços para a construção compartilhada e o fortalecimento interdisciplinar e reflexivo.

O sexto capítulo, **Educação Popular em Saúde: fortalecendo práticas na Atenção Primária**, discorre sobre a vivência prática da Educação Popular em Saúde com os Agentes Comunitários de Saúde, incentivando um movimento de mudança das práticas no cuidado à saúde, com base na dialogicidade e construção compartilhada dos saberes.

O sétimo capítulo, **Utilização do fluxograma analisador no atendimento odontológico de uma unidade básica de saúde**, destaca a construção do conhecimento sobre o processo de trabalho da saúde bucal por meio da ferramenta do fluxograma analisador, possibilitando a representação gráfica para reorganização do serviço e autoavaliação pela equipe.

O oitavo capítulo, **Conversando com adolescentes: saúde e cuidado na Atenção Primária à Saúde** relata a experiência de oficinas com grupos de adolescentes potencializando o cuidado no âmbito da micropolítica e ampliando as práticas em saúde mediante a integralidade do conjunto de tecnologias do cuidado ao adolescente.

O nono capítulo, **Refletindo sobre o uso de psicotrópicos entre mulheres, destaca sobre a compreensão** do processo saúde-doença e apoio terapêutico potencializado pela estratégia da educação popular, a partir das experiências vividas. Constituindo campos de reflexão e solidariedade no campo da saúde mental, conduzindo à resignificação das práticas em saúde.

Esperamos que os leitores possam desfrutar do teor científico e popular discorrido, e, explorar as experiências vivenciadas nos diversos cenários que se constituíram durante as práticas.

José Auricélio Bernardo Cândido

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará
Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará
Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Município de Horizonte
– Ceará

Geanne Maria Costa Torres

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará
Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Salitre –
Ceará

Inês Dolores Teles Figueiredo

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará
Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará
Enfermeira da Secretaria de Saúde Município de Maracanaú – Ceará



A Estrada

Cidade Negra

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei, ei, ei, ei
Ei, ei, ei, ei, ei, ei, ei

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei, ei, ei, ei
Ei, ei, ei, ei, ei, ei, ei
A vida ensina e o tempo traz o tom
Pra nascer uma canção
Com a fé do dia a dia encontro a solução
Encontro a solução
Quando bate a saudade eu vou pro mar
Fecho os meus olhos e sinto você chegar
Você chegar
Psicon! Psicon! Psicon! Psicon!

Quero acordar de manhã do teu lado
E aturar qualquer babado
Vou ficar apaixonado
No teu seio aconchegado
Ver você dormindo e sorrindo
É tudo que eu quero pra mim
Tudo que eu quero pra mim

Quero!
Quero acordar de manhã do teu lado
E aturar qualquer babado
Vou ficar apaixonado
No teu seio aconchegado
Ver você dormindo é tão lindo
É tudo que eu quero pra mim
Tudo que eu quero pra mim

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei, ei, ei,
Ei, ei, ei, ei, ei, ei, ei

Together, together

Meu caminho só meu pai pode mudar
Meu caminho só meu pai
Meu caminho só meu pai

Together, together

Meu caminho só meu pai pode mudar
Meu caminho só meu pai
Meu caminho só meu pai



Sumário

ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 20

José Auricélio Bernardo Cândido
Inês Dolores Teles Figueiredo
Janaina Mota da Rocha
Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes
Raimundo Osmar Lima do Nascimento
Maria Rosilene Cândido Moreira

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS COM MÁ ADESAO AO TRATAMENTO 34

Brígida Emília Pereira Quezado
Ingrid Bezerra Costa Maia
Francisco Vilemar Pinto Carneiro
Adriana Freitas Diniz Rodrigues
Sônia Maria de Araújo Cavalcante
Aline Gouveia Martins

CÍRCULO DE CULTURA & O AGENTE COMUNITÁRIO: TECENDO NOVOS SENTIDOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR 52

Maria Cláudia de Freitas Lima
Érica de Castro Duarte
Carla Manuela Rodrigues Nogueira
Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges
Maria Rocineide Ferreira da Silva

APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA 75

Érica de Castro Duarte
Camila Marques da Silva Oliveira
Carla Manuela Rodrigues Nogueira
Glaucilândia Pereira Nunes
Luiza de Paula Sousa
Lilianne Kelly Rocha do Vale

CÍRCULO DE CULTURA COMO FERRAMENTA DO CUIDAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE 90

Geanne Maria Costa Torres
José Auricélio Bernardo Cândido
Antonio Germane Alves Pinto

Dione Cavalcante Silveira
Gerlane Holanda de Freitas
Felipe Cândido de Castro

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: FORTALECENDO PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....106

Inês Dolores Teles Figueiredo
Walber Mendes Linard
José Auricélio Bernardo Cândido
Dione Cavalcante Silveira
Maria Irismar de Almeida
Ana Patrícia Pereira Morais

UTILIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE120

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago
Vivian Carlla Brilhante Chaves
Márcia Lúcia de Oliveira Gomes
Talyta Alves Chaves Lima
Sharmênia de Araújo Soares Nuto

CONVERSANDO COM ADOLESCENTES: SAÚDE E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....134

Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges
Jamine Borges de Morais
Lourdes Suelen Pontes Costa
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Lilianne Kelly Rocha do Vale
Raimundo Augusto Martins

REFLETINDO SOBRE O USO DE PSICOTRÓPICOS ENTRE MULHERES155

Vivian Carlla Brilhante Chaves
Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

ORGANIZADORES168

AUTORES170

ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

José Auricélio Bernardo Cândido

Inês Dolores Teles Figueiredo

Janaina Mota da Rocha

Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes

Raimundo Osmar Lima do Nascimento

Maria Rosilene Cândido Moreira

INTRODUÇÃO

Família é definida por Del Grossi e Da Silva (2013) como o “(...) conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar”. Consideram, portanto, um casal como uma família, ou até a pessoa que mora só como “família unipessoal”, privilegiando o domicílio comum em sua definição.

Família é um tema que enseja vários conceitos e opiniões e pode ser compreendida nas perspectivas biológica, sociológica, antropológica e psicológica. Existe grande variação de organização familiar de uma sociedade para outra, ou mesmo no interior de uma sociedade. As principais organizações que temos atualmente

são: família nuclear, família composta e família extensa (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Entende, por conseguinte, que a atuação no contexto familiar deve ser expandida para que haja o atendimento integral à saúde direcionando as ações com base em um membro e estendendo-se para todos os componentes da família, buscando a promoção de práticas preventivas de saúde voltadas para a coletividade (SANTOS *et al.*, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica descreve o processo de trabalho das equipes da ESF orientando a prática para o cuidado familiar ampliada, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias; visa ainda a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença das pessoas, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2011).

Abordar famílias constitui um elemento de gestão do cuidado, e também de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros (BRASIL, 2013).

Então, faz-se necessário repensar nossas concepções e práticas, buscando o atendimento às necessidades de saúde da população sujeita do nosso cuidado. Para tal é importante que a equipe da ESF adquira conhecimentos e desenvolva habilidades que permitam uma abordagem integral à família por meio de prática que estimule a atuação reflexiva junto à família e a comunidade (DUTRA *et al.*, 2012).

O cenário da prática, na integração ensino-serviço torna-se peça-chave da aprendizagem significativa, pois permite novas experiências com o mundo do trabalho e instiga a interdisciplinaridade e a intersectorialidade. As práticas dos profissionais e dos docentes transformam-se num processo de ação-reflexão-ação, onde o aprendizado torna-se mútuo (HADDAD, 2011).

É necessário, portanto, um entendimento completo da família, respeitando sua complexidade, e, para isso, podem ser empregados meios de abordagem familiar que são tecnologias que abordam as relações entre seus membros e a comunidade em que está inserida e buscam estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, favorecendo a compreensão e a função de cada pessoa dentro da família e sociedade onde vivem (GUSSO, 2012).

Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita a utilização de meios que facilitem a aprendizagem no serviço e promovam uma reflexão crítica e discussão coletiva dos agentes envolvidos, os quais se destacam: genograma, ecomapa, tipologia familiar e PRACTICE.

Percebe-se, no entanto, que as Equipes de Saúde da Família ainda não têm prática em fazer abordagem familiar, ficando a assistência prestada às pessoas na sua individualidade. Entendemos, portanto, a necessidade de se estimular a utilização da EPS buscando capacitar os profissionais além do acompanhamento individual dos usuários, mas proporcionando o entendimento da pessoa dentro de seu ambiente familiar e social.

Neste estudo, relataremos a experiência da utilização de ferramentas que fornecem informações sobre possíveis intervenções de modo a facilitar o desenvolvimento da avaliação familiar através do manejo de situações complexas, focando na solução dos problemas percebidos pelos profissionais (ALVES, *et al.*, 2015).

MÉTODOS/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este ensaio é um relato de experiência vivenciado com amparo no estímulo do Módulo de Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o objetivo de encontrar uma família com risco e vulnerabilidade social em nossa área de trabalho para aplicação dos instrumentos de abordagem familiar.

Participaram do estudo os profissionais da Unidade Básica Saúde da Família de Buenos Aires I: médico, enfermeira, odontólogo, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar administrativo e gerente, no período de janeiro a março de 2015, no Município de Horizonte, Ceará.

O estudo se deu em dois momentos. No primeiro foi realizada uma oficina para se identificar uma família com maior grau de vulnerabilidades, onde aplicamos a escala de risco familiar de Coelho e Savassi (2004). Os participantes dividiram-se em dois grupos e utilizando-se a ficha A dos usuários da UBASF, escolheram duas famílias e classificaram o risco.

A primeira família apresentada pelo grupo foi a do Sr. M.A.S. que apresentou risco escore 18; a segunda família foi a da Sra. M.S.S. que mostrou risco escore 19. Elegeu-se, portanto, a família da Sra. M. S. S. que, na escala de Coelho e Savassi este escore corresponde ao R3 (risco máximo).

A família estudada possui uma pessoa idosa, 84 anos, acamada, deficiente visual, mora com uma filha alcoólatra e um neto autista e um filho fumante e deficiente mental. Dona Maria é analfabeta e seus filhos são analfabetos funcionais. Sua residência possui três cômodos, sem saneamento básico, sobrevivendo por meio dos benefícios de D. Maria e de seu neto. Constantemente acontecem brigas entre os irmãos em virtude de problemas mentais e alcoólicos.

Percebem-se nessa família vários fatores de vulnerabilidade, como paciente acamada, duas pessoas com distúrbios mentais, uma pessoa com deficiência física, baixas condições de saneamento, drogadição; sendo um deles analfabeto e o outro de mais de 70 anos. Quanto à relação morador /cômodo, existe uma relação maior do que um, já que temos quatro moradores para três cômodos, justificando, na Escala de Coelho e Savassi, uma pontuação de escore 19.

Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferen-

ciadas, conforme os riscos expressos pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

No segundo momento, para facilitar a compreensão dos processos de saúde/doença na família estudada, utilizamos os expedientes de abordagem familiar: genograma, ecomapa, tipologia familiar, PRATICE e Apgar.

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

Com a utilização do genograma destacaram-se a idade dos sujeitos da família, o envolvimento familiar quanto à consanguinidade ou não, o estado civil do sujeito alvo do estudo e de sua filha, o relacionamento interpessoal dos parentes, bem como a ocorrência de comorbidades.

Após a aplicação do Ecomapa, percebemos as redes de apoio desta família. Notamos que existe relação fraca e estressante com o Centro de Atenção Psicossocial, em virtude do não comparecimento ao tratamento por parte do neto e do filho.

Depreendemos que a relação com a escola é mutua, porém bastante enfraquecida em decorrência de brigas entre a mãe da criança e o diretor da escola. Em relação à UPA, evidenciamos fragilização dessa família em sentido de mão única, sendo que só a família procura essa rede. Quanto ao posto de saúde, notamos

relação forte e de duas mãos, pois tanto a família procura o posto em demanda espontânea quanto o posto de saúde realiza visitas domiciliares nesta família uma vez por mês, e o comparecimento mais acentuada da agente comunitário de saúde nesta casa.

Identificamos, ainda, uma relação intensa e de fluxo duplo em relação ao bar, ou seja, tanto a filha procura quanto é conduzida até o bar por amigos, levando ao caso de alcoolismo na família.

O banco e a previdência social formam o um elo intensivo com a família, pois a família busca neles o sustento e eles oferecem um subsídio para ela.

Em relação à tipologia familiar, vimos que a família em estudo possui três gerações, podendo ser classificada como extensa.

O PRACTICE demonstrou achados importantes para a família, conforme vem delineado na sequência.

P- Problema (Presenting problem): família adoecida; mãe acamada; filho fumante e deficiente mental; filha etilista; separação conjugal da filha e neto autista; esses problemas foram descritos e percebidos como sobrecarga mental da cuidadora.

R- Papéis e estrutura (Roles and structure): D. Maria (84 anos): provimento de dinheiro; filha (40 anos): cuidadora, pilar da família; irmão (idade não identificada): gerador de brigas e filho (09 anos): necessita de cuidados especiais e provimento de dinheiro pela aposentadoria.

A - Afeto (Affect): percebe-se uma relação harmoniosa entre Dona Maria e filha e entre a filha e seu filho de nove anos. Notória é, porém, uma relação estressante entre os dois filhos de dona Maria; a filha cuidadora e o irmão deficiente mental se enfrentam e brigam constantemente.

Há também nessa família uma relação estressante entre a cuidadora e seu ex-marido.

C- Comunicação (Communication): a comunicação se dá tanto de maneira afetiva entre mãe e filha e entre filha e seu filho de nove anos e entre neto e avó. A comunicação entre os dois irmãos se dá de forma agressiva.

A filha de dona Maria, a cuidadora, é a porta-voz da família, sendo perceptível a falta do diálogo nesse lar, porque dona Maria sempre aceita tudo de sua filha e o irmão dela jamais acata nada e não responde; só revida, com agressividade.

Dona Maria possui uma relação boa com a equipe de saúde, mas quando a comunicação é sobre a utilização de medicamentos para seu tratamento de hanseníase, ela não segue as recomendações.

T- Tempo (Time of life cycle): percebemos diversos ciclos de vida em um mesmo Lar, como famílias com criança em idade escolar (criança de nove anos), família envelhecendo (Dona Maria), famílias se separando, no caso da cuidadora.

I - Doenças na família, passadas ou presentes (Illness in family): membro idoso, que não deambula, levando a responsabilidade do cuidar para a filha. Esta

é responsável por tudo em casa, desde a alimentação, compras, limpeza, higiene, ou seja, a casa fica sob a responsabilidade da filha de dona Maria.

Temos também a dependência do álcool e fumo, além de transtornos mentais, o que interfere no relacionamento dos membros dessa família, gerando violência, afastamentos e agressões.

O neto de Dona Maria possui autismo e enseja um gasto financeiro maior na família, além de precisar oferecer mais atenção da mãe para o crescimento e educação dessa criança.

C - Lidando com o estresse (Coping with stress): a família não consegue resolver as situações de estresse. No caso de problemas familiares o irmão tenta se afastar dos problemas e esquecê-los por intermédio do fumo e a filha de dona Maria bebendo.

A religião era um sistema de escape do estresse na família, porém, hoje eles estão afastados da igreja e, conseqüentemente, não estão conseguindo praticar sua fé e religiosidade.

E - Ecologia (Ecology): a comunidade que rodeia dona Maria não é favorável, apresenta esgoto a céu aberto, dificuldade de acesso e pavimentação. A família tem pouco relacionamento com a vizinhança.

Expressa como rede de apoio a Unidade de Saúde e o CAPS, apesar da resistência do filho de dona Maria em comparecer as consultas e permanecer no tratamento, em virtude da deficiência mental.

O questionário APGAR foi aplicado a Dona Maria e sua filha. Não foi aplicado aos outros membros, pois um tem deficiência mental e outro é menor de dez anos. Sendo assim, o somatório dos dois questionários foi de 01 ponto, sendo classificada, então, como uma família severamente disfuncional.

Com a aplicação do questionário e da avaliação do contexto familiar podemos desenhar um plano terapêutico que poderá ser desenvolvido pela própria equipe baseado na realidade e na necessidade da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com famílias é desafiador. Sabemos que existem diversas modalidades de composição familiar, sendo fundamental que os profissionais de saúde compreendam o funcionamento familiar, identificando suas vulnerabilidades e atuando em seu território.

Monitorar as condições de vida de uma determinada família é uma importante tarefa dos profissionais da atenção básica. Ao identificar as necessidades de saúde dessas famílias é possível conhecer os determinantes sociais de saúde e os processos de saúde e doença, adotando, assim, medidas de intervenção.

Com isto, a intenção da Oficina de Capacitação em Abordagem Familiar foi estimular o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família Buenos Aires I quanto à identificação de algumas famílias em

situação de vulnerabilidade, que exprimiram necessidades em vários âmbitos, quer seja na saúde, habitação, educação, trabalho e socioambiental. Isso só foi possível em virtude da importância que os profissionais deram à utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade no uso cotidiano dos serviços de saúde, pois consideram que assim, podem atuar de maneira mais significativa e produtiva no conjunto de aspectos relacionados às suas carências, que necessitam de respostas sociais e da saúde, entendendo que estas famílias possuem maior suscetibilidade nos processos de adoecimento.

Outro objetivo alcançado na Oficina foi promover o conhecimento acerca das diversas ferramentas de abordagem familiar e a sua aplicação em uma família vulnerável, facilitando o trabalho da equipe ante a solução dos problemas familiares.

A Oficina de Capacitação em Abordagem Familiar estimulou a equipe a se comunicar mais, além de instigar o trabalho em equipe e de fomentar a necessidade de debater casos mais específicos entre os membros.

Concluimos, então, que o objetivo foi atingido e que a equipe se sentiu sensibilizada para o aprendizado e estimulada a dar continuidade ao processo de cuidado integral à família escolhida.

Vislumbramos, ainda, o fato de que, ante a aquisição de mais conhecimentos pela equipe, existe uma empolgação em dar continuidade à educação permanente iniciada e que esta família deve ser o ponto inicial para a mudança da equipe.

Por fim, compreendemos ser necessário desenvolver uma perspectiva diferenciada às necessidades das famílias mais vulneráveis, pois, somente assim, será possível atendê-las de maneira integral em suas necessidades de saúde e doença.

Recomendação para Saúde Coletiva

Pela importância do assunto em estudo, e com o objetivo de proporcionar melhoria na atenção domiciliar às famílias em risco e vulneráveis na Estratégia Saúde da Família, torna-se necessário fazer algumas recomendações aos profissionais que atuam na saúde coletiva, a fim de contribuir para um repensar nas atitudes, posturas e condutas no cuidado à saúde. Eis, pois, as recomendações:

- ❖ estabelecer a prática de classificação de risco familiar, na Estratégia Saúde da Família, para fornecer informações importantes e adotar critérios em vistas a priorizar a assistência à saúde das famílias; e
- ❖ realizar Educação Permanente em Saúde sobre as ferramentas de abordagem à família para as equipes de saúde, a fim de motivar a sua utilização e provocar mudanças de modo a garantir a integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.P.; LIMA, C.M.S.; ROCHA, W.N.F. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **EFDeportes**. 2015;19(202):1-8.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília, DF; 2011. [Acesso em: 02 mai. 2015]. Disponível em: <http://sna.saúde.gov.br/legislação/index2.cfm>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.:il.

CHAPADEIRO, C.A; ANDRADE, H. Y. S. O; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104/98>.

DEL GROSSI, M. E.; DA SILVA, J. G. **A pluriatividade na agropecuária brasileira em 1995**. Estudos Sociedade e Agricultura, 2013.

DUTRA, E. M; VASCONCELOS, E. E; TEÓFILO, J. K. S. Atenção integral aplicada à família: relato de experiência. **Rev Políticas Públicas-S A N A R E**, Sobral, V.11. n.1.,p. 55-59, jan./jun., 2012.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre. Artmed. 2012.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(Esp. 2):1803-9.

SANTOS, K.K.F.; FIGUEIREDO, C.R.; PAIVA, K.M. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar: uma experiência do cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Univ Vale do Rio Verde**. 2015;13(2):377-87.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS COM MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO

Brígida Emilia Pereira Quezado¹

Ingrid Bezerra Costa Maia²

Francisco Vilemar Pinto Carneiro³

Adriana Freitas Diniz Rodrigues⁴

Sônia Maria de Araújo Cavalcante⁵

Aline Gouveia Martins⁶

INTRODUÇÃO

O Diabetes *mellitus* (DM) faz parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), destacando-se por sua alta incidência e considerada um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento. Segundo Lyra e Cavalcante (2013), em 1985, estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com diabetes no mundo. Esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 285 milhões em 2010, com projeção de chegar a 439 milhões de pessoas no ano de 2030, dos quais dois terços estariam em países em desenvolvimento. Seus portadores estão expostos a complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular en-

cefálico, cegueira, amputações de pernas e pés, abortos, mortes perinatais e insuficiência renal crônica.

Considera-se que o número de pessoas com diabetes está aumentando em razão do crescimento e do envelhecimento populacional, de maior prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como de maior sobrevida das pessoas com diabetes. Essa doença exerce papel importante no perfil atual de saúde das populações humanas e a discussão acerca desse tema conquista cada vez mais espaço no sentido de sermos capazes de manter a integridade, a independência e a autonomia das pessoas acometidas. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNI já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença. (TAD-DEO *et al*, 2012).

É bastante complexo o desenvolvimento dessas doenças crônicas, envolvendo fatores de risco modificáveis como excesso de peso/obesidade, altos níveis de colesterol, hiperglicemia, hipertensão arterial; e não modificáveis como idade, sexo, genética, etnia, condições ambientais e influências globais. Tornam-se, portanto, necessárias ações permanentes que não apenas foquem as pessoas e as famílias de maneira isolada, mas que também levem em consideração seus aspectos sociais, econômicos e culturais, além de complementaridade com os profissionais de saúde.

A baixa aderência ao tratamento medicamentoso e, principalmente, a negligência quanto às mudanças necessárias de estilo de vida fazem com que aproxima-

damente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como o DM, não obtenham melhoras no contexto da doença (COSTA *et al*, 2011). A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, a inadequada capacitação e a integração entre os profissionais de saúde, refletem diretamente no problema de má adesão ao tratamento. Fica, assim, constatada a ineficácia das estratégias tradicionais que utilizam modelo de Educação em Saúde de tradição autoritária e normalizadora, que desrespeitam o saber anterior do educando, e partem do princípio de que o profissional de saúde é o detentor de todo o saber, o que leva à prática do ensino vertical, no qual o profissional de saúde/educador ensina e o paciente/educando aprende.

Rompendo com esse modelo, no início dos anos de 1970, profissionais de saúde passaram a utilizar a chamada Educação Popular em Saúde, que, por permitir um contato mais próximo entre os agentes envolvidos no processo de educação, possibilita o aprendizado com origem no respeito à autonomia e à valorização da criatividade dos educandos (COSTA *et al*, 2011).

Educação Popular (EP) é uma concepção teórica das ciências da Educação que se estruturou inicialmente na América Latina, na segunda metade do século XX e, que hoje, está em todos os continentes.

O educador brasileiro Paulo Freire (1921-1997) foi o pioneiro na sistematização teórica da ideia de Educação Popular, também conhecida como Pedagogia

Freireana, Pedagogia da Problemática e Educação Libertadora (VASCONCELOS e VASCONCELOS, s/d).

Nesse modelo de educação, tem destaque cada vez mais o papel do profissional de saúde como educador com capacidade crítica, que faz uso do conhecimento prévio do paciente e promove a formação compartilhada do conhecimento. Além disso, procura problematizar o que causa incômodo ou dificulta o tratamento do paciente, evitando, assim, a simples transmissão de conhecimento verticalizada, característica do Modelo Tradicional, modelo esse que ainda persiste entre os profissionais de saúde, em que o paciente é a fonte passiva e a intervenção se destaca por via da consulta médica e da prescrição de medicamentos.

Estima-se que antes do ano 2025, 75% das pessoas com diabetes residiram em países em desenvolvimento, o que representa um aumento de 170% (COSTA *et al.*, 2011).

Apesar de a Associação Americana de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Diabetes terem proposto algumas recomendações, como o uso da contagem de carboidratos, automonitorização da glicemia, uso de tratamento medicamentoso adequado, adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e ingestão de uma dieta adequada, essas providências são mais efetivas do que o tratamento farmacológico no controle da diabetes. A negligência quanto às mudanças necessárias de estilo de vida faz com que, aproximadamente 50% não obtenham melhoras no contexto da doença (TADDEO *et al.*, 2012).

A ocorrência de mudanças no estilo de vida, para a prevenção de complicações no tratamento de doenças crônicas, ainda é caracterizada pela baixa adesão do portador de diabetes.

Em razão deste quadro, evidencia-se a importância da promoção de processos participativos, que desenvolvam na pessoa, a capacidade de decisão diante dos problemas, com suporte na formação do pensamento crítico e empoderamento dos sujeitos, considerando os aspectos culturais mostrados.

Para que haja mudança nessa situação, um dos primeiros e mais importantes passos é a inserção da Educação Popular, partindo da identificação das reais necessidades da população (COSTA *et al*, 2011). Então, buscamos por meio da Educação Popular, potencializar a adesão ao tratamento, mediante o empoderamento sobre a doença, seus sinais, sintomas e soluções para seu enfrentamento.

Ao exposto, demandamos melhorar a adesão do usuário portador de Diabetes *mellitus* Tipo 2, identificar as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento, criar espaços para discussão e diálogo sobre o tratamento e a doença e fomentar a participação popular nas discussões e decisões sobre o tema.

MÉTODOS/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O método foi qualitativo, sendo utilizadas metodologias ativas que tem como característica apropriar o

saber do outro para chegar juntos à verdade do grupo, recorrendo, também, ao Círculo de Cultura.

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire (BRANDÃO, 2005), constitui uma ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura visa a ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para a Educação em Saúde emancipatória.

A denominação de Círculo é apropriada porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debate que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (DAMASCENO, 2003).

Tomando por princípio norteador o delineamento do “Método Paulo Freire” (LIMA, 1979), o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos:

- a) a investigação temática, pela qual os componentes do Círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias;
- b) a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu

significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e

c) a problematização, por meio de que eles buscam superar a primeira óptica mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Constituindo uma estratégia da educação libertadora, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999).

A experiência foi realizada entre usuários portadores de Diabetes *mellitus* Tipo 2, que têm dificuldades de aderir ao tratamento na UAPS Mattos Dourado. Eles foram encaminhados pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família.

Primeiro Momento

Convite sendo entregue pelas equipes durante duas semanas para os pacientes diabéticos da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Mattos Dourado, durante duas semanas de atendimento a idosos e diabéticos de adesão difícil. No convite constavam a explanação do encontro, o responsável, o local, a data e o horário.

Segundo Momento

Organização da sala em círculo, adesão de oito pacientes dos convocados;

Explanação da importância do tema.

Chuvas de ideias para as perguntas norteadoras.

1 – Qual dificuldade para haver adesão ao tratamento?

2 – O que podemos fazer para melhorar a adesão?

Terceiro Momento

Foram montados painéis com as perguntas norteadoras.

Distribuição de tarjetas e de figuras que demonstrassem os pensamentos e emoções dos participantes, constituindo os saberes e formando conhecimento para serem trabalhados em grupo.

Quarto Momento

Discussão sobre os resultados encontrados;

Partilha dos conhecimentos prévios e adquiridos.

Quinto Momento

Avaliação realizada em grupo, por intermédio das falas e das carinhas de satisfeito, mais ou menos satisfeito e insatisfeito. Logramos, daí, 100% de satisfação.

Sexto Momento

Lanche coletivo.

Foi utilizado, para avaliação das ações, um diário de campo, além das avaliações no início e no final das ações com o grupo

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

Compreender os padrões de resposta dos pacientes em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades se fazem, portanto, necessário para a atuação da Equipe da Saúde da Família, estabelecendo um vínculo afetivo com eles para traçar as estratégias de Educação em que irão promover uma ampliação progressiva da análise crítica da realidade por eles, fortalecendo a relação com suporte nessa troca de vivências, comprometendo-se com essa transformação.

Um dos pontos críticos para os portadores de diabetes é seguir a dieta restritiva e olhar e manipular os alimentos no preparo das refeições para a família e não poder ingeri-los. Assim, foi pensada a ideia de uma troca de receitas culinárias com o uso de adoçante no lugar de açúcar e emprego de forno convencional em receitas, substituindo as frituras, para redução de gorduras saturadas e “trans”, já que a dificuldade de controlar a vontade de comer em momentos de ansiedade foi citada pelos participantes. A adoção de chás com distintos intuitos foi citada para diminuir a ansiedade, melhorar o sono, reduzir a pressão sanguínea e baixar a glicose.

O aumento do consumo de fibras na alimentação, já que esta reduz a velocidade de absorção de glicose na flora intestinal, além de aumentar a condição de saciedade, foi abordada e logo os participantes identificaram o pão integral como substituto ao francês, além do consumo de aveia.

Outro encaminhamento do encontro foi identificar as pessoas que residem perto umas das outras, para formação de um grupo de caminhada, já que a atividade física aumenta a utilização da glicose como combustível para o músculo em atividade, contribuindo para o controle da glicemia.

Em relação ao elevado custo da dieta, que foi citado por alguns, a ideia foi participar das feiras locais e identificar as frutas da estação, além dos dias promocionais nos supermercados.

Nem todos os usuários entendiam que a não adoção de certos cuidados para o controle da doença poderia acarretar complicações como retinopatias, neuropatias, insuficiência renal, problemas circulatórios e hipertensão arterial. Outro ponto salientado foi a importância do apoio da família na adesão ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes compartilharam suas experiências, que auxiliaram no entendimento, permitindo-lhes expressar dúvidas e expectativas e possibilitando o apoio mútuo. Todos os participantes demonstraram

interesse em continuar participando de atividades em grupo, inclusive perguntaram qual será o dia do próximo encontro.

A seguir, temos o Cordel, confeccionado durante a atividade, – **“Diabetes e Educação Popular”**, que narra a experiência da nossa atividade educativa na UAPS Mattos Dourado:

CORDEL

Diabetes e a Educação Popular.

Na educação popular
É preciso dialogar
Para que isso aconteça
Devemos todos participar
É um grande desafio
Que devemos aceitar

A ciência e a cultura
Caminham de mãos dadas
Devemos valorizar
A experiência de comunidade
E na hora de planejar
Não pode faltar criatividade
É preciso amorosidade
E muita sensibilidade
Para com o diálogo encontrar
A melhor possibilidade
Além da solidariedade
Não se esquecendo da individualidade

São muitos os motivos
Que nos levam a adoecer
Os determinantes sociais
Todos devem conhecer
É na problematização
Que podemos resolver

Através da educação
Surge a emancipação
Para isso
Tem que ter participação
Todo mundo no movimento
E o tal do empoderamento

Vamos juntos construindo
O projeto democrático
Onde os saberes do povo
Suas crenças e valores
Sem opressão e dominação
Fortalece o cidadão.
No Saúde da Família
Acolher e escutar
É prioridade
Assistindo a população
Em sua totalidade
Isso é integralidade

No círculo de cultura
Teve conversa e ação
E muita reflexão
Educando e educador
Aprendendo juntos
Com alegria e amor

A conversa foi sobre diabetes
O povo todo participou
E opinou
Falaram do remédio
Da necessidade de se exercitar
E da boca que é difícil controlar

Quem tem diabetes sente
Muita fome e muita sede
A vista fica embaçada
E a ferida demora a ficar sarada
As pernas às vezes ardem
E o corpo fica dormente

Esses sintomas são fáceis de perceber
Quem sente isso
Deve pro médico correr
Para a doença não piorar
Quem tem diabetes deve
A glicose controlar

O tratamento nunca deve parar
Pode usar comprimidos
Se o médico determinar
Caso seja necessário
A insulina deve usar
E também alimentação controlar

É preciso se ajuizar
Na hora de se alimentar
E com isso também evitar
Colesterol alto, problemas cardíacos
E a bendita obesidade
Vamos todos nos cuidar

Exercícios físicos são bons aliados
Andar, correr, nadar
O importante é não ficar parado
Mas nada de exercício pesado
Pode haver hipoglicemia
E você vai dar agonia

A discussão foi geral
Eu nunca vi nada igual
Falaram dos chás e frutas
E também de algo muito especial
O apoio da família
Gerando energia vital

É com muita alegria
Que vejo que o cidadão
Vem conquistando autonomia
Com as práticas populares de cuidado
Com certeza vamos ver
A saúde do povo na palma da mão.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1): 319-325, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunicação, Saúde Educação**, 9 (16):39-52, 2005.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

CESTARI, M. E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 55 (4):430-3, 2002.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (3):2001-2009, 2011

DAMASCENO, C. F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais** [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2003

FERNANDES, M. C.P., BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, 63(4): 567-573, 2010.

FREIRE, P. **Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação**. In: BRANDÃO CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 34-41.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2005

GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI, A., REIS, D. C., PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, 21 (1): 200-6, 2005.

GOMES, L. B., MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1): 7-18, 2011.

LIMA, L. O. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: LIMA LO. **Tecnologia, educação e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p.175-6.

LYRA, R.; CAVALCANTI, N. **Diabetes Mellitus**: aspectos epidemiológicos. 3ª ed. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2013.

PULGA, V. L. **A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.123-146.

REIS, T.C, FIUZEIRO, M. F.S., SOUZA, L. P. S., SILVA, J.R., AMARAL, A. K. M. A., MESSIAS, R. B. M., LEITE M. T. S., NETO, J. F. R. **Educação em saúde**: aspectos históricos no Brasil. *J Helth Sci Inst* 31(2): 219-223, 2013.

RODRIGUES, D., SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst.**, 28(4): 321-324, 2010.

SILVA, C. M. C., MENEZES, M. C., PEREIRA, A. C., MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, 15(5):2539-50, 2010.

SILVA, C. P., DIAS, M. A. S. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, 14(1):1453-62, 2009.

SOUZA, I.P.M.A., JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas versões na História Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.618-627, 2009.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2923-2930, 2012

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 336p.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D. **Educação Popular**. S/d.

CÍRCULO DE CULTURA & O AGENTE COMUNITÁRIO: TECENDO NOVOS SENTIDOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Maria Cláudia de Freitas Lima¹

Érica de Castro Duarte²

Carla Manuela Rodrigues Nogueira³

Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges⁴

Maria Rocineide Ferreira da Silva⁵

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde revela-se como um campo em transformação nas últimas décadas, evoluindo de práticas pontuais com caráter impositivo para uma educação que estimula uma análise crítica da realidade. Estas transformações são frutos da militância política e social de grupos que produzem discussões e reflexões a respeito do tema, com formulação de novas maneiras de compreender e realizar os processos educativos no setor da saúde (MERHY e GOMES, 2011).

Evidenciamos, no entanto, a necessidade de desenvolver ações de Educação em Saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, e que essas ações possam contribuir para a autonomia do usuário e da constituição da sua trajetória de saúde e

doença; e, além disso, que essas ações deveriam propiciar a emancipação de grupos populacionais excluídos e a formação da autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007).

Como fruto dessas crescentes discussões, observamos um aumento expressivo de experiências com as características descritas e o desenrolar da institucionalização da Educação Popular em Saúde (EPS).

A EPS é um dispositivo de crítica social, permitindo a produção de sentidos para a vida. Mostra-se como um caminho possível na elaboração de saberes e na conscientização das pessoas, estimulando a ação na busca por transformações (BRASIL, 2007).

É importante destacar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como importante modelo de atenção primária, que tem como centro do cuidado a família, e desenvolve ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, considerando as singularidades da comunidade e de seu território, constituindo-se, portanto, num espaço que favorece a pluralidade, a criatividade e a inclusão de práticas e saberes. Nesse sentido, uma realidade aberta às metodologias que se propõem a processos participativos de partilha e formulação coletiva do conhecimento; um campo fértil para a EPS!

Com efeito, nos dedicamos a relatar aqui uma experiência exitosa, fruto de um processo de formação e discussão envolvendo a EPS. Esta ocorreu em ambiente acadêmico, no decorrer do curso de Mestrado Profissio-

nal em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pelas nucleadoras UECE-FIOCRUZ. Durante o programa, os discentes foram convidados a desenvolver atividades articuladoras do tema, e, durante sua realização, os alunos tiveram a oportunidade de participar e desenvolver práticas que a proporcionavam e estimulavam.

Durante essas atividades, os docentes agenciavam discussões sobre as possibilidades que a Estratégia Saúde da Família propiciava e compartilhavam exemplos de experiências desenvolvidas por profissionais pertencentes às Equipes de Saúde da Família e/ou a outras instituições/setores e, assim, nos foi proporcionada uma maior aproximação com o círculo de cultura.

Esta é uma expressão criada por Freire (2007) para representar um espaço reflexivo e participativo de aprendizagem e troca de conhecimento, pautado na relação dialógica das experiências reais vividas pelos participantes. Consiste em reuniões periódicas, com pessoas que possuem algum interesse comum e que passam a constituir um grupo com o objetivo de refletir sobre seus problemas e situações de vida, passando a estabelecer uma percepção mais profunda da realidade e, com base nesta, programar estratégias concretas de intervenção.

Padilha (2007) acrescenta que o Círculo de Cultura tem como características o diálogo, a participação, o respeito ao outro e o trabalho em grupo. Proporciona a criação de espaços de conversa franca e amorosa,

onde os subalternos e oprimidos se sintam à vontade para expor dúvidas, interesses e considerações a respeito das questões problematizadas utilizando-se de uma ação reflexiva pautada na Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2010).

Enfim, objetivamos neste estudo relatar a experiência de realização de um círculo de cultura no âmbito de uma unidade de atenção primária à saúde (UAPS) do Município de Fortaleza.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este é um experimento do tipo relato de experiência desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família e descreve a realização do círculo de cultura.

No decorrer do referido curso, foi proposta, aos discentes, a realização de uma nova modalidade de produção do cuidado, pautada nas diretrizes da EPS e levando em consideração as tecnologias expressas. Assim, um pequeno grupo formado por quatro discentes encontrava-se com a incumbência de realizar uma atividade segundo os preceitos apreendidos. Ao sentarmos-nos para planejá-las, nos deparamos com as seguintes indagações: o quê fazer? Como fazer? Que caminhos seguir?

Todas as discentes envolvidas exerciam atividades assistenciais ou gerencias relacionadas a Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza. Neste con-

texto, a ESF passava por um período de reivindicações e paralisações por parte dos agentes comunitários de saúde. Eles reivindicavam a implantação do piso salarial aprovado pelo Governo Federal, e este processo desencadeou um movimento de greve com intervalos de retorno ao trabalho. Além disto, ressaltamos também a insatisfação com as mudanças na ESF decorrentes do modelo da gestão e de atenção.

A luta por melhoria de salário e de condições de trabalho, o desgaste nas relações trabalhistas, a complexidade das ações diárias no território vivenciadas pelos agentes comunitários de saúde, as mudanças nos processos de trabalho, bem como a ansiedade gerada nesse panorama de resistências, evidenciavam sentimentos de insatisfação, desmotivação e descrédito. Nesse ínterim, as consequências sobre o processo saúde doença dos trabalhadores tornaram-se relevante.

Em face do exposto, foi planejado um projeto de intervenção com o objetivo de promover ações que proporcionassem uma reflexão/ação sobre a saúde dos trabalhadores, em especial, dos agentes comunitários de saúde, no cotidiano do trabalho no SUS. A equipe se dedicou a essa ação, mobilizada pela inquietude e relevância do contexto, como também pelo anseio de contribuir com a produção do cuidado para os ACS, mas com a premissa de propiciar um processo que valorizasse as singularidades e potencialidades na perspectiva de promover a (re) constituição do conhecimento, ensejando “oxigenação” da autonomia e possibilidades de mudança.

Havia um entendimento da equipe, no sentido de realizar uma ação que considerasse saberes, vivências, interesses, realidade e experiências de adoecer dos participantes. Nessa compreensão, a metodologia definida culminou na realização de um círculo de cultura.

Com efeito, a opção pelo círculo de cultura se justificou pela possibilidade de realizar uma atividade com os ACS que propiciasse a reflexão sobre a saúde do trabalhador do SUS e fomentasse possibilidades de reinvenção para o cuidado consigo e outros modos de pensar-produzir saúde.

Para Freire, o Círculo de Cultura constitui-se numa estratégia da educação libertadora, um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo, um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de vivências, compartilhamento de práticas e dinâmicas que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999).

Considerando que dentre as componentes da equipe, uma trabalhava numa Unidade de Atenção Primária de Saúde com um expressivo quantitativo de agentes comunitários de saúde, com um total de 38 trabalhadores, vislumbrou-se a possibilidade de realizar intervenção na referida unidade de saúde, como estratégia para garantir maior quantitativo de participantes no processo.

Definiu-se como critério de inclusão para a participação o exercício profissional como ACS há, pelo menos, seis meses, tempo este considerado necessário

para apropriação de habilidades, suficientes à reflexão e direcionadas aos problemas que podem afetar sua saúde, na qualidade de trabalhador de saúde.

O planejamento da equipe constou, inicialmente, de um diálogo com a coordenadora da unidade de saúde para apresentar a proposta do círculo de cultura com os ACS, realizado pela enfermeira da UAPS, componente da equipe de mestrandas. Em seguida, a enfermeira convidou os ACS pessoalmente para um encontro na própria unidade, cujo objetivo consistiu em contextualizar a proposta e convidá-los para o círculo de cultura. Após a aceitação do grupo em participar do círculo de cultura, foram pactuados a data, horário e local, e o convite foi feito a todos os ACS da UAPS pela enfermeira e também inserido no quadro de informações da unidade de saúde.

A ação aconteceu no dia 11 do mês de novembro de 2015, durante quatro horas, no período da manhã, no bairro Mondubim, pertencente à Secretaria Regional V (SR V) no Município de Fortaleza, onde está inserida a UAPS eleita e contou com a participação de 18 agentes comunitários de saúde.

O desenvolvimento da ação se deu em um salão paroquial da Igreja Católica Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, sendo este local selecionado por ser um espaço com estrutura adequada para a realização do encontro e pela proximidade com a UAPS em foco. Além disso, constituía espaço social do território de referência para a realização de cursos, encontros e reuniões de diversos

setores da cidade de Fortaleza. Contou com as seguintes etapas: acolhimento e atividade de reflexão.

No acolhimento, utilizamos uma dinâmica de apresentação, onde o grupo se organizou em duplas que dialogaram e, em seguida, se apresentaram para todos e falaram sobre suas expectativas com relação ao encontro; e Atividade de reflexão (Círculo de Cultura).

A atividade de reflexão foi concretizada por meio da realização de círculos de cultura. Tem esta denominação porque todos os participantes dessa abordagem educativa estão dispostos como a figura geométrica de um círculo de modo que todos se veem, se ensinam e aprendem mutuamente. Nesse espaço, não há professor, mas um animador, que coordena o grupo de maneira motivadora e não diretiva, fomentando um diálogo em que todos os saberes são valorizados (DAMASCENO, 2003). Ainda segundo esse autor, é designado de cultura porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios, renovados, solidários e coletivos de pensar.

A intenção em realizar círculos de cultura objetivou fomentar uma vivência participativa, dialógica e problematizadora para construir coletivamente uma proposta de Educação em Saúde emancipatória. Nesse intuito, convidamos os ACS à reflexão para produção de modos coletivos em perceber a saúde do trabalhador com apoio na realidade vivenciada por elas.

No primeiro momento, foram utilizadas tarjetas para trabalhar temas norteadores, por intermédio de expressões geradoras/problematizadoras:

- Como compreendo saúde do trabalhador?
- Que tipo de problemas para sua saúde você relaciona com o trabalho que você faz?
- O que faço para cuidar da minha saúde, enquanto trabalhador (a) do SUS?

Nesse momento todos os ACS receberam três tarjetas para, em cada uma delas, responder sinteticamente os três questionamentos. Em seguida, as tarjetas foram coladas ao redor de cada expressão geradora correspondente. Ao final, coletivamente, agrupamos as respostas de acordo com suas semelhanças.

- Elaboração de representações: transferência de sentimentos coletivos relacionados ao objeto da ação, por meio de imagens, sob instigação dos seguintes temas:
 - ✓ Saúde do Trabalhador é...
 - ✓ Como você poderia trabalhar diferente para ter mais saúde?
 - ✓ Cuido da minha saúde como trabalhador do SUS ...
- Socialização dos trabalhos em grupos: momento em que os grupos compartilharam suas representações acerca dos temas citados acima.
- ✓ Aplicação da avaliação com os participantes: nesse momento, os ACS receberam uma folha para completar as seguintes frases: Que bom; Que pena e Que tal.

- Considerações Finais: momento em que fizemos uma síntese da ação, com um diálogo sobre os pontos mais relevantes suscitados pelos participantes.

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

Estes trabalhadores, ACS, estão em uma relação dicotômica: de um lado, **são responsáveis por ações de saúde com a população** que reside em suas áreas adscrita, e do outro, eles são trabalhadores, também, com demandas no campo da saúde, em sua maioria, não contempladas. Como promover a saúde, sem cuidar da própria saúde na qualidade de trabalhador?

Partindo-se das falas e expressões dos ACS, propiciadas pelo círculo de cultura como estratégia metodológica evidenciam-se a seguir as distintas visões sobre a saúde do trabalhador.

Nessa compreensão, ao expressarem sobre *Como compreendo saúde do trabalhador (a)*, os ACS pontuaram que o estresse e o cansaço vivenciados no cotidiano do trabalho é algo que precisa ser considerado em análises, que é necessária muita disposição para desenvolver as atividades do ACS; e com relação à saúde do trabalhador há descaso e precariedade. Consideraram também que, dada a importância do tema, se fazem necessários atenção, participação e cuidado, visando a aprimorar as ações com foco na saúde do trabalhador. Consideram que, agindo desse modo, é possível proporcionar qualidade de vida.

Nesse contexto, se faz oportuno refletir o conceito de trabalho em saúde, segundo Faria e Dalbello-Araújo (2010, p. 432): “Trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente”.

Em face das pontuações dos ACS, configura-se que o processo de trabalho e a labuta diária são vivências que pressupõem vínculo, criatividade e disposição ante a complexidade, e essa realidade induz implicações reais na produção da saúde do ACS; reforça o pressuposto de que a atenção à saúde para o trabalhador do SUS é precária e necessita ser cuidada.

Esse confronto decorre do fato de que o trabalho em saúde impõe ao trabalhador não apenas riscos e agravos especiais à saúde, em razão do contato com possíveis antígenos e substâncias físico-químicas danosas (ASSUNÇÃO, ROSALES e BELISÁRIO, 2008), mas também o contato constante com a dor e o sofrimento de pacientes, situações limítrofes à vida humana (RIOS, 2008).

Mesmo com essa realidade configurada, um ponto interessante de se ressaltar sobre o trabalho em saúde é que o número de trabalhadores dedicados a esta atividade crescem nos últimos anos, a despeito do aumento de equipamentos tecnológicos que não pode substituir este contingente de pessoal em todo o mundo; e estima-se que o Brasil tenha a maior área de saúde do mundo (incluindo setores público e privado), ensejando mais de dois milhões de empregos diretos em mais de cinco mil municípios (ATHAYDE, 2011).

No que se refere à pergunta - *Que tipo de problemas para sua saúde você relaciona com o trabalho que você faz?* uma série de problemas foi citado pelos ACS, entre os quais, estresse, angústia, ansiedade, depressão, doenças e câncer de pele, em virtude da exposição solar, problemas na coluna, na voz e dores no corpo.

Nesse sentido, faz-se necessário destacar que a saúde do trabalhador constitui área da saúde pública que tem como objetivo o estudo e intervenção das relações entre o trabalhador e a saúde.

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que se constituiu como referência no SUS e veio como marco de uma luta com início nos movimentos sociais, firma o seu compromisso com a saúde do trabalhador quando regulamenta o programa de saúde do trabalhador, definindo-o como (BRASIL, 1990): um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Somente em novembro de 2011, porém, foi regulamentada, por meio do Decreto nº 7.612, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSST), desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. Essa política visa a garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de

vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, na qualidade de administrador do SUS, coordena as ações em saúde decorrentes da proposta pela PNSST, assessorando as secretarias estaduais e municipais de saúde, com suporte na Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST) e da institucionalização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, como principal ponto estratégico para a articulação desta política (BRASIL, 2004).

O RENAST, criado pela Portaria nº 1.679/02, representou o fortalecimento das políticas públicas de saúde e segurança do trabalhador, possibilitando a formação de uma política de Estado e sua execução. Essa rede tem o objetivo de integrar os serviços do SUS voltados para a assistência e a vigilância, bem como para o desenvolvimento das ações de assistência e vigilância da saúde dos trabalhadores. A implementação se dá por meio da adequação e ampliação dos Centros de Referências e Saúde do Trabalhador - CEREST; da inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; da instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, chamados de rede de serviços sentinela; e da caracterização de municípios sentinelas em saúde do trabalhador, que será pela existência de fatores de risco significativos definidos com base nos dados epidemiológicos, previdenciários ou econômicos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

Apesar de toda essa política descrita, no entanto, acima, relacionada à Saúde do Trabalhador, identifica-se a fragilidade quando se estabelece a relação entre saúde pública e saúde do trabalhador, que se fundamenta na dificuldade de se conhecer a realidade de números de acidentes e agravos, gerando limitações nas ações de saúde pública. Isto porque, segundo Vasconcellos e Machado (2011, p.37) mesmo quando se tem um razoável, “[...] diagnóstico dos obstáculos para a implementação da política, as soluções propostas vêm trilhando caminhos erráticos e periféricos, e nenhuma delas são priorizadas na agenda de projetos para o país”.

Em se tratando dos agentes comunitários de saúde (ACS), Cheavegatti (2008) diz que a prática junto aos ACS demonstra que esses trabalhadores têm ampliado seu escopo de atividades na comunidade e no interior das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que enseja consequências como, por exemplo, processos de desgaste em relação ao corpo biopsíquico de tais trabalhadores, já que não são raras as suposições das repercussões do trabalho sobre o estado de saúde. Estas, via de regra, explicitam-se como queixas individuais e empíricas que pouco se concretizam como problemas na área de saúde do trabalhador.

Embora se reconheçam os avanços na área da saúde do trabalhador, do ponto de vista da legislação e implantação de alguns serviços, como por exemplo, o CEREST, o círculo de cultura evidenciou um desconhecimento dos ACS no que se refere às políticas nacional e municipais de saúde do trabalhador.

Nesse entendimento, é oportuno pautar **a noção de** que apesar de a legislação propor uma abordagem à saúde numa perspectiva ampliada, nas atribuições dos ACS este conceito é apenas pincelado, não havendo um item que favoreça a discussão e a introdução de temas relevantes para o trabalho do ACS, como: violência, drogas, desemprego e a própria referência ao lugar onde ele atua (uma vez que na zona urbana, corriqueiramente, este espaço será a favela) e as potencialidades da população que ali reside (GRAJAÚ, 2013).

Faz-se necessário também que a seleção, a capacitação e o salário-base sejam equitativos, pois isso possibilitaria seu fortalecimento como categoria profissional (CHEAVEGATTI, 2008).

Com relação ao questionamento - *O que faço para cuidar da minha saúde, na qualidade de trabalhador do SUS?* - o grupo sinalizou que alguns cuidados são essenciais, como realizar atividades de relaxamento e lazer, usar protetor solar, realizar as prevenções, organizar o processo de trabalho, procurar reduzir o estresse, buscar a valorização do trabalho, ter prazer nas ações que exerce e viver a vida com alegria e amor. Desse modo, é possível ter qualidade de vida.

O reconhecimento do agente comunitário como profissional necessário no processo de produção da saúde requer o entendimento do significado de sua atuação junto ao território, por parte da população e dos próprios trabalhadores da saúde. Ademais, é necessário apontar que a definição de suas atribuições deve ser alvo de ampla divulgação para realizar objetivos do

PSF e da Atenção Básica, no sentido de informar sobre o que faz, por que faz e como realiza o seu trabalho (CHEAVEGATTI, 2008).

As atribuições dos ACS são amplas e por vezes imprecisas, sendo delegadas a estes profissionais múltiplas tarefas com elevado grau de exigências e responsabilidades.

Nos últimos anos houve um incremento no número de trabalhadores desta categoria profissional. De acordo com os relatórios do Departamento de Atenção Básica (DAB), no final do primeiro semestre do ano de 2014, houve cerca de 260.270 ACS cadastrados trabalhando na saúde pública brasileira, divididos em aproximadamente 37 mil equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF cadastradas, representando um grande contingente trabalhista.

A ESF está sendo implantada e estimulada em todo o Brasil como uma modalidade de reordenação da atenção básica brasileira, e, nesta realidade, estão os profissionais que compõem a equipe desta estratégia. Segundo a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, a equipe deve ser composta por, no mínimo: um médico e um enfermeiro, ambos generalistas ou especialistas em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de Enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Ante esta realidade de investimentos e estímulos, as perspectivas são um aumento exponencial do total de equipes da ESF, e que, acompanhando este crescimento, teremos o aumento do número de trabalhadores em saúde e das suas demandas.

Rossi e Contrera-Moreno (2006) analisaram os riscos à saúde do trabalhador de um município e concluíram que muitos são os perigos aos quais os ACS estão expostos, principalmente os de teor ergonômico, psicossocial e ocupacional existentes no ambiente laboral, mas que a falta de orientação e de conhecimento sobre estes influencia a incidência destes riscos.

Segundo Cameol, Galonell e Marziavell (2012), as configurações de adoecimento são parte de um assunto complexo e exigem soluções, pois danos físicos e/ou psíquicos trazem consequências para o trabalhador e à qualidade do serviço prestado. Esse adoecimento deve provocar nos futuros trabalhadores e gestores dos serviços de saúde uma reflexão no sentido de se rever a prática diária, identificando as situações de riscos e melhorando a qualidade da saúde do trabalhador.

Com o desenvolvimento da atividade, percebemos a receptividade expressiva dos ACS à ação e que o fomento ao diálogo e a troca de saberes e vivências proporcionadas pelo círculo de cultura favoreceram a compreensão dos ACS sobre a saúde do trabalhador em uma dimensão mais ampliada. Importante é destacar nesse contexto, que parte desses trabalhadores sinalizou a importância de inclusão dos trabalhadores da unidade de saúde num processo de diálogo sobre a saúde do trabalhador.

Ante tais considerações, o encontro com os ACS provocou nos facilitadores a necessidade de se buscar os setores da gestão municipal que tem como competência a saúde do trabalhador, visando a contextualizar

a ação vivida e vislumbrar possibilidades de ações voltadas aos trabalhadores do SUS.

A vivência com os ACS sobre a saúde do trabalhador do SUS, tendo o círculo de cultura como estratégia metodológica propiciou o exercício de estabelecer conhecimentos e sentidos, conforme se evidencia na fala de um dos ACS participante: “[...] saúde do trabalhador foi de muita importância para nosso desempenho de trabalho em nosso dia a dia, gratificante nas ações de saúde e participação, aonde venha trazer conhecimentos construtivos”.

Experienciar uma ação desenvolvida com círculo de cultura, tendo como temática o trabalho no SUS e a saúde do ACS, evidencia para os facilitadores a relevância da implantação/implementação de processos de Educação Permanente e Educação em Saúde que utilizem metodologias que favoreçam a apropriação do conhecimento, visando à participação, ao exercício de cidadania, ao protagonismo e a novos sentidos para o trabalho e a vida. O círculo de cultura se insere nessa configuração, uma vez que promove o fortalecimento da autonomia, por propiciar ao participante perceber-se como sujeito de sua história, por meio da acolhida, diálogo, troca de saberes e vivências e (re) constituição de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É nesse contato vital e pulsante, é no refletir com os trabalhadores sobre o seu dia-a-dia que nosso pensamento é fertilizado” (CAMPOS, 2004).

A vivência realizada com os ACS da Unidade de Saúde sobre saúde do trabalhador, utilizando o círculo de cultura, proporcionou relevantes contribuições, tanto para os agentes como para os facilitadores que se dedicaram a realizar a ação, pois “[...] se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos” (VASCONCELOS e VASCONCELOS, 2012).

Com efeito, se destaca a importância da metodologia utilizada, pautada na Educação Popular que traduz “[...] um jeito especial de conduzir o processo educativo” (VASCONCELOS e VASCONCELOS, 2012).

Esse espaço de diálogo proporcionado pelo círculo de cultura propiciou fomento ao protagonismo dos sujeitos, a troca de saberes e afetos e favoreceu a reflexão sobre saúde do trabalhador do SUS na perspectiva de uma prática educativa crítica.

No tocante aos facilitadores, os efeitos da vivência ressoam desde a adoção do círculo de cultura como recurso teórico-metodológico nas atividades de Educação em Saúde em seus espaços de trabalho, ao desafio de aprimoramento e socialização das práticas experienciadas, onde o encontro e as descobertas com o outro fortalecem o compromisso com a democracia, o afeto e o estabelecimento de possibilidades de enfrentamento em uma dada realidade.

Ressaltamos, nesse contexto, a relevância do Mestrado Profissional em Saúde da Família com suas metodologias de ensino-aprendizagem que ensejam inquietudes e favorecem um despertar para (re) invenção, enquanto sujeitos trabalhadores do SUS.

Notamos com esta ação que muitos esforços são necessários no sentido de assegurar a implantação/implementação de políticas que proporcionem saúde ao trabalhador do SUS, mas que é possível, também, fazer uma releitura da realidade com origem no lugar que ocupamos na perspectiva de melhoria da qualidade de vida, como trabalhador do SUS.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A. Á.; ROSALES, C.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de saúde e trabalho no setor saúde**. Belo Horizonte: Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.

ATHAYDE, V. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Setembro, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde do trabalhador no SUS**. Brasília: Secretaria da Vigilância em Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/MG nº 2.437, de 07 de Dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de dez. 2005. Seção 1, p. 78.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.** Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – Manual de Gestão e Gerenciamento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do histórico da cobertura saúde da família, competência: junho de 2014.** Secretária de Atenção a Saúde (SAS) Departamento de Atenção Básica. Portal da saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. acessado em: 17 de julho de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p., (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério do Trabalho / Ministério da Previdência Social / Ministério da Saúde. Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília, 2004.

CAMELOL, S. H. H.; GALONLL, T.; MARZIALELL, M. H. P. Formas de Adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Gerenciamento. **Revista de enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp1), pp. 661-7.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: **Saúde em debate.** São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CHEAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-oeste do Município de São Paulo**. 141 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo / São Paulo; 2008.

DAMASCENO, C. F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus adulto (DM2) e profissionais** [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2003.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. In. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010, pp. 429-439.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em: www.fortaleza.ce.gov.br > Acesso em: 4 de julho de 2014.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In BRANDÃO, CR. Organizador. **Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999, p. 34-41.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):7-18, jan, 2011.

GRAJAÚ, C. A. G. **Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde na reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde**. 94 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2013.

MOTA, R. R. A. **Agentes comunitários de saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PADILHA, P. R. **O “Círculo de Cultura” na perspectiva da intertransculturalidade**, São Paulo. (no prelo) 2007.

RIOS, I. C. Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, 2008.

ROSSI, D.A.N.; CONTRERA-MORENO, L. **Riscos a saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 10, n. 3, dez., 2006.

SILVA, J. S. **Saúde e cultura em sínteses criativas: um mostuário escrito e cantado da educação popular em saúde**. Fortaleza: Encaixe, 2014. v. I. 180p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO J. M. H. Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In: MINAYO GOMES C.; MACHADO J. M. H. & PENA G. L. (orgs). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VASCONCELOS, M. E.; VASCONCELOS, M. O. D., Educação Popular – In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Cerrati Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Capítulo 10, Educação Popular, p. 91 -97.

APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Érica de Castro Duarte

Camila Marques da Silva Oliveira

Carla Manuela Rodrigues Nogueira

Glaucilândia Pereira Nunes

Luiza de Paula Sousa

Lilianne Kelly Rocha do Vale

INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) caracteriza-se por ser a porta de entrada prioritária e coordenadora da rede de assistência à saúde (RAS). Nesse âmbito, desenvolve ações de proteção, prevenção e promoção à saúde, de abrangência individual e coletiva, com o intuito de oferecer uma assistência integral à saúde que promova autonomia e corresponsabilização quanto aos cuidados com a saúde das pessoas. Orienta-se pelos mesmos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde adotou a estratégia saúde da família (ESF) como política estruturante para organização e fortalecimento da AB, implementando no

cenário nacional, uma mudança de paradigma na saúde, trazendo consigo uma reorientação da assistência à saúde, cujas práticas buscam superar o modo curativista e medicalocêntrico, (BRASIL, 2010).

Essas práticas utilizadas pela ESF propõem que a atenção à saúde tenha como foco principal a família, inserida em um ambiente físico e social, levando os profissionais que atuam na ESF a lidar diretamente com as diversas condições de vida e saúde das populações, de modo a ampliar a compreensão do processo saúde-doença e as necessidades de intervenções, que vão muito além das práticas meramente curativistas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Direcionar a atenção em saúde para as famílias constitui elemento da gestão do cuidado, da prática diagnóstica e terapêutica, permitindo o conhecimento da família e de suas prováveis disfuncionalidades (BRASIL, 2013). A utilização de tecnologias que norteiem a realização desta abordagem familiar pode proporcionar um maior conhecimento das famílias que se encontram nas áreas de adscrição das equipes da ESF. Além disto, também auxiliam os profissionais na identificação das necessidades e na avaliação das vulnerabilidades de pessoas e/ou famílias.

Segundo Rego *et al.* (2016), o conhecimento das vulnerabilidades permite que os profissionais planejem ações efetivas, pautadas nas necessidades, com o objetivo de prestar uma assistência integral às famílias.

Assim, torna-se essencial ao profissional da ESF o domínio dos instrumentos capazes de facilitar o trabalho no momento da abordagem familiar (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009).

Existem diversas ferramentas de abordagem familiar que auxiliam os profissionais de saúde e estudantes a conhecerem as relações que se desenvolvem num contexto familiar, dentre as quais, as mais utilizadas são: tipologia familiar, genograma, ecomapa, FIRO, PRACTICE, ciclo vital e APGAR familiar (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Para fim deste estudo, relataremos uma experiência exitosa no âmbito de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza, com a aplicação de algumas ferramentas mencionadas, sendo as mesmas: genograma e ecomapa.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, elaborado no contexto do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (REANSF), em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo a finalidade de relatar uma experiência desenvolvida no decorrer desta formação.

De acordo com a proposta do Mestrado, os discentes foram mobilizados para a realização de atividades

onde puderam empregar os conteúdos aprendidos em cada módulo, denominadas atividades de dispersão. Essas eram realizadas no *locus* de trabalho dos alunos, para qualificar e aprimorar seu exercício profissional e de seus pares.

Durante o primeiro semestre do ano de 2015, foi cursado o módulo de Atenção Integral à Saúde da Família, e uma das atividades da dispersão deste módulo foi a escolha de uma família para aplicação das ferramentas de abordagem familiar. Desta forma, os alunos foram a campo, divididos em equipes para realizá-las e duas das alunas, que trabalhavam na UPAS, desenvolveram a atividade em conjunto, no local de trabalho. Além disso, alguns outros profissionais, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros da unidade foram envolvidos neste processo.

Após breve reunião com alguns funcionários da UAPS em foco, uma equipe foi escolhida para o desenvolvimento desta atividade, sendo o critério norteador desta escolha a disponibilidade dos profissionais da equipe eleita. No segundo momento, algumas pessoas da equipe foram reunidas para proceder a escolha da família. Durante a realização do encontro, tivemos a ciência de que os profissionais já haviam elegido algumas famílias como prioritárias para a atenção à saúde, mesmo sem a aplicação de nenhum instrumento para esta finalidade. Assim, concordamos em escolher uma dentre estas famílias, e optamos pela aplicação de um instrumento para avaliar o risco familiar destas, com o intuito de guiar e justificar a escolha de apenas uma, dentre tantas.

O emprego de instrumentos de estratificação de risco colabora com os profissionais da ESF, potenciali-

zando o trabalho da equipe, no intuito de garantir uma assistência à saúde integral e equânime, priorizando as famílias que expressem maior vulnerabilidade biológica ou social (MELO *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2016).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) tem em mãos, de maneira muito rápida e fácil, a ficha A das famílias de sua área de adscrição e, sendo assim, optamos pela escala de avaliação de risco familiar de Coelho-Savassi, pela facilidade de conseguir os dados necessários para sua aplicação.

Savassi, Lage e Coelho (2012) referem que este é um instrumento objetivo que analisa o risco familiar, não precisa da criação de nenhuma ficha ou escala burocrática para coleta de dados, e foi idealizada como uma tentativa de sistematização da visita domiciliar na Atenção Primária a Saúde (APS), em especial nas equipes de Saúde da Família (ESF).

Nesta avaliação encontramos as denominadas Sentinelas de Risco e seus escores. Na avaliação da família em estudo encontramos um somatório de 12 escores de risco. Conforme esta escala, quando a família denota um total de escores acima de nove, tem uma classificação no Risco 3, sendo esta a de maior risco dentre elas.

Após a escolha da família, solicitamos ao ACS responsável pela microárea onde estava localizado o endereço da família em questão, que perguntasse aos seus membros da mesma, se eles aceitavam a realização de uma visita e que, se possível, já a deixassem agendada, o que foi realizado com intervalo de uma semana.

Segundo Dias e Lopes (2015), durante a realização das visitas, os profissionais devem estar muito atentos para os conflitos, interações e disfunções que fazem parte do universo da família e que atingem a saúde de seus membros, pois, somente com intervenções que possam influenciar diretamente nessas alterações, desagregações e disfunções, é que se pode prestar um cuidado de modo mais integral.

A visita foi realizada no período da manhã, teve duração de aproximadamente duas horas e contou com a participação de todos os residentes do domicílio, no total de seis pessoas. Os instrumentos utilizados como norteadores para a realização da atividade foram as seguintes: tipologia familiar, genograma, ecomapa, FIRO, PRACTICE, ciclo vital e APGAR familiar. Mas, conforme objetivos deste, abordaremos o genograma e o ecomapa.

Na família eleita, encontramos residindo no mesmo domicílio um casal de adultos (um homem e uma mulher) e quatro crianças. A matriarca da família se apresentou para responder às indagações da equipe, sendo desta forma, considerada o caso-índice. Observamos que o seu companheiro escutava toda a conversa, mas, apesar do convite, evitou sentar-se para responder às perguntas, preferindo intervir somente quando não concordava com algumas respostas dadas pela sua companheira. Um dos filhos, de oito anos, manifestou-se inúmeras vezes no decorrer da visita, em sua maioria, discordando da mãe e contribuindo para identificar algumas situações de vulnerabilidade.

O local de moradia desta família era uma pequena casa cedida pelo empregador do patriarca da família. Estava localizada em uma vila e possuía três cômodos, um banheiro e um pequeno quintal. Era feita de tijolo, com água encanada e acesso à coleta de lixo pela rede pública. Toda a família utilizava os serviços de saúde pública e não tinha plano de saúde, era beneficiária do Programa Bolsa Família, mas não estava recebendo o benefício por conta de pendências. A renda mensal familiar era de aproximadamente um salário mínimo.

Após a visita, discentes e profissionais realizaram um momento de discussão sobre os aspectos encontrados na família e percebeu-se a necessidade de novos encontros com os membros, sendo estes agendados para o espaço físico da unidade de saúde. No total, foram realizados mais dois encontros, com duração média de 30 minutos cada um, comparecendo a eles apenas a matriarca da família, acompanhada dos dois filhos mais novos.

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

O território, na perspectiva da ESF, está além do espaço geográfico. É, no dizer de Santos (1994), um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se exprimem como testemunhas de histórias, de vivências dos seres humanos sobre determinado espaço.

Com a adscrição dos limites territoriais e a descoberta das potencialidades da comunidade, é possível

planejar a programação de saúde com vistas à garantia da continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. A ESF promove a construção do vínculo entre população e unidade de saúde por meio da apropriação do conhecimento sobre esse território delimitado e da sua população, a fim de, com base neste, efetivar ações de saúde pública, onde ocorram produções coletivas, com materialidade histórica, cultural, social e configurações espaciais singulares (MOKEN *et al*, 2008).

Contribuindo para essa apropriação do conhecimento, as ferramentas de abordagem familiar demonstram-se como valiosos recursos dentro da ESF. A elaboração do genograma e ecomapa desta família permitiu que a equipe tivesse acesso a informações acerca das dinâmicas familiares e das suas relações com a comunidade, contribuindo no processo decisório para uma atuação da equipe de maneira mais integral.

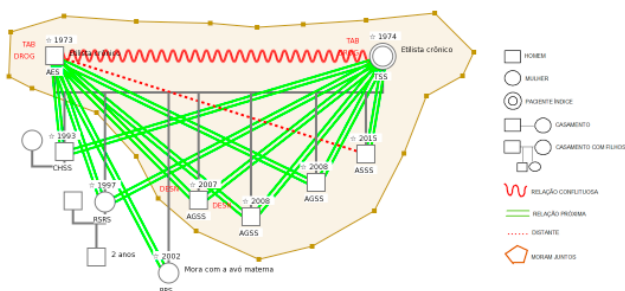
A seguir, descrevemos a aplicação do Genograma, ECOMAPA na família em estudo:

Genograma

O genograma é uma representação gráfica da família. Por meio de seu uso, podemos representar os membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Alguns outros dados podem ser acrescentados, a depender do objetivo do profissional, como por exemplo, a ocupação, hábitos, grau de escolaridade (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

A figura 1 mostra o Genograma da família em estudo, evidenciando que, da união entre o Sr. AES e a Sra. TSS, nasceram sete filhos (cinco homens e duas mulheres), sendo que quatro deles moram com o casal, outro reside com a avó materna e os outros dois moram em outros endereços com seus respectivos companheiros (um deles já tem um filho de dois anos de idade, ou seja, a Sra. AES já tem um bisneto de dois anos).

Figura 1. Genograma da família em estudo.



Fonte: elaboração própria, 2015.

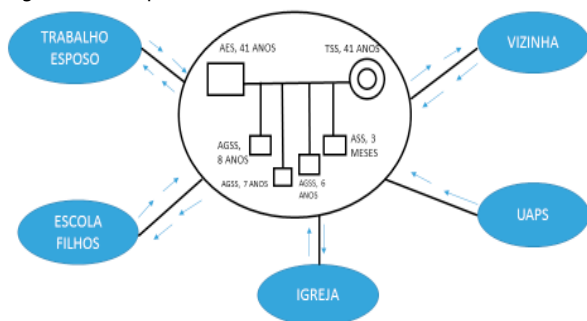
A Sra. AES faz uso de tabaco e drogas ilícitas e o Sr. TSS é etilista crônico e também faz uso de tabaco. Observamos uma relação conflituosa entre os cônjuges, manifestada com agressões físicas, psicológicas e verbais. Existe uma relação forte entre os pais e os filhos, com exceção da relação entre o Sr. AES e o filho ASSS por motivo de suspeita em relação à paternidade desta criança, pois o mesmo alegava que a senhora TSS saía para beber e poderia ter tido relações sexuais com outras pessoas.

Ecomapa

O Ecomapa ajuda a identificar as relações e ligações dos membros da família com o ambiente em que vivem, de modo a demonstrar as necessidades e os recursos disponíveis para a família, além de representar o contexto familiar no seu meio e a qualidade das relações com esse mesmo ambiente (MUNIZ, 2012).

Na figura 2, destacamos o Ecomapa da família em estudo. É perceptível o fato de que a família demonstra fortes relações, visualizados pela barra contínua, com o trabalho do Sr. AES, com a escola dos filhos, com a igreja que frequentam, com uma vizinha e com a UAPS.

Figura 2. Ecomapa da família em estudo.



Fonte: elaboração própria, 2015.

Além disso, é notório que apenas a relação com a UAPS não demonstra reciprocidade, como vemos pelo fluxo unidirecional das setas da UAPS em direção à fa-

mília. Esta observação pode estar relacionada à dificuldade que esta família teria em participar dos processos decisórios da UAPS ou de seus projetos terapêuticos, uma vertente que traz à luz a falta de apropriação desta família acerca do atributo de participação social necessária ao SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Franco e Mehry (2005) nos despertam a atenção ao dizer que esta ideia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta cuidado, isto é, se a ideia de cuidado for traduzida como atos assistenciais não estiverem coincidindo com a dos usuários, podem-se tornar conflituosos os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar tensões que interditam a relação de cuidado. Se as representações da relação usuário-serviço se dão desta forma, podemos inferir que as relações famílias-serviço possam ensejar muito mais expectativas em relações aos atos assistências, principalmente em decorrência à criação de vínculos da ESF com os territórios, as comunidades, as famílias.

O uso destes instrumentos permitiu ter em mão um portfólio de avaliação da situação de vida desta família. A redação deste texto pressupôs o atributo da APS que faz referência à atenção familiar centrada. O usuário

do SUS, quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este por via de fluxos comunicantes, por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades. O atendimento com base no contexto territorial e familiar, no entanto, fica em segundo plano, e é nessa circunstância que se realiza a relação de cuidado ou descuidado.

Observamos, durante a organização da atividade proposta, que os profissionais possuem um conhecimento incipiente a respeito das ferramentas de abordagem familiar. Utilizam uma forma particular de classificação do risco das famílias, sem a utilização de metodologias padronizadas que facilitem e/ou propiciem uma difusão das informações necessárias a todos os profissionais que possam vir a acompanhar essas famílias.

Concordamos com Ditterich, Gabardo e Moyses (2009), quando afirmam que o uso destas ferramentas é essencial como dispositivo no âmbito das tecnologias leves para o trabalho de cuidado em saúde das equipes de saúde. Isto porque elas favorecem a aproximação entre os trabalhadores da saúde e os problemas das pessoas na comunidade, e possibilitam a coleta de evidências através das narrações e a elaboração de estratégias robustas para o manejo de ações e serviços em saúde.

Durante o processo de aplicação destas ferramentas, percebemos que essa maior aproximação da equipe com a família foi estabelecida e os profissionais puderam identificar as necessidades da família, além de reconhecerem situações que contribuíam para o pro-

cesso saúde – doença dos componentes desse grupo familiar. Pudemos ainda constatar a mudança do foco da atenção para a família, que antes estava secundarizada em prol de atendimentos individuais aos seus membros. Assim, a atenção à saúde orientada pelos princípios essenciais da ESF foi sendo constituída, com notoriedade para os princípios de responsabilização, integralidade e continuidade do cuidado.

Percebe-se como necessária uma mudança na atuação profissional e, principalmente, no modelo de atenção prestado à população, onde os focos são a doença e a pessoa, no sentido de tornar as famílias o cerne da atenção, e sobrepujar o atendimento centrado no adoecimento físico, uma vez que a APS veio para romper com este paradigma.

Temos ciência de que, dentro da realidade assistencial de Fortaleza, a aplicação de tais ferramentas a todas as famílias do território não seria viável, mas ressaltamos a importância de aplicá-las naquelas famílias em que se identifica uma maior vulnerabilidade ou risco, para assim, propiciar uma maior apropriação, pela equipe de saúde das suas situações de vulnerabilidade. Com esta apropriação, os profissionais da ESF poderão traçar metas e intervenções adequadas à realidade das famílias assistidas, baseando-se nos recursos disponíveis e nas possibilidades aceitáveis, propiciando melhor qualidade de vida à população assistida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa (A segurança do hospital no conforto do seu lar)**. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, DF, 2013.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. **Abordagem familiar na Atenção Domiciliar. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar**, UFCSPA, Porto Alegre/RS, 2015.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As Ferramentas de Trabalho com Famílias Utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009.

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

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. Produção Imaginária da Demanda in.: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A.; FERREIRA, A. F.; *et al.* Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 3, n. 4, 2014.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda, AC, Barcellos, C, Moreira, JC, Monken M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro. Ed FIOCRUZ, 2008, p. 23-41.

MOURA, F. M. N.; MARINHO, A. D. P.; OLIVEIRA, L. L.; *et al.* Aplicação da escala de risco familiar na Atenção Básica. **Extensão em Ação**, v. 1, n. 10, p. 33-42, 2016.

MUNIZ, V. O. **Abordagem familiar**: avaliação da utilização de seus instrumentos em um município do noroeste capixaba. Dissertação - Universidade Estácio de Sá – 2012, 98 p.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfer.** 2013; 66 (esp), p. 158-64.

REGO, A.S. *et al.* Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 3, p. 977-984, 2016.

SANTOS, M. O retorno do território. In: **Território, Globalização e Fragmentação**. SANTOS, M.; SOUZA, M. A. e SILVEIRA M. L. (org), p. 15-20, São Paulo: Hucitec. 1994.

SAVASSI, L.; LAGE, J; COELHO, F. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

CÍRCULO DE CULTURA COMO FERRAMENTA DO CUIDAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Geanne Maria Costa Torres¹

José Auricélio Bernardo Cândido²

Antonio Germane Alves Pinto³

Dione Cavalcante Silveira⁴

Gerlane Holanda de Freitas⁵

Felipe Cândido de Castro⁶

INTRODUÇÃO

A adolescência, fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracteriza-se por transformações anatômicas, funcionais, psicológicas e sociais. É o período de vida em que adolescentes experimentam suas primeiras relações sexuais, muitas vezes, sem proteção para as DST/AIDS e/ou gravidez.

Então, trabalhar a produção do cuidado, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecidas com o processo de Educação em Saúde, apontam para novos caminhos, para outras práticas educativas, em que as dimensões na melhoria da saúde do adolescente promovam vida e saúde.

No cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Básica, ainda se observam limitações na Educação em Saúde nas unidades de saúde, ocasionando prejuízos no desenvolvimento das ações direcionadas à população. Frente a estes obstáculos, torna-se necessário produzir mudanças para fortalecer o processo de educação em saúde, buscando opções que tragam melhores condições de atuar na saúde, mediante a integração dos serviços e maior interação entre os profissionais que atuantes na Atenção Básica.

Nesse contexto, para efetividade e eficácia da promoção da saúde, diversos setores sociais devem estar empenhados e mobilizados, tendo os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, maior responsabilidade na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade (BRASIL, 2010).

Entendem-se, então, a necessidade da construção de novas abordagens em saúde sustentada por um processo que permita a real substituição de modelos tradicionais por práticas que promovam e fortaleçam as ações preventivas e de promoção da saúde, substanciais para a melhoria na qualidade de vida e de saúde do adolescente. Isso se aproxima do pensamento de Freire (2011a, 2011b), quando reforça a educação como atividade de formulação coletiva.

Nesse sentido, trabalhar com os círculos de cultura, desenvolvido por Paulo Freire, na promoção da saúde do adolescente, proporciona maior aprendizado, um crescimento e maior ampliação sobre a visão do cui-

dar, permeados por espaços de diálogo que permitem ouvir e fazer ouvir. Escolhemos abordar essa ferramenta em razão do aumento de adolescentes grávidas no território de abrangência da equipe de saúde.

Os círculos de cultura consolidam-se como centros em que os sujeitos se encontram no diálogo sobre seu mundo, para, mediante reflexão crítica sobre este, organizar-se e planificar ações de interesse coletivo, culminando assim com uma prática transformadora. Suas atividades têm início com a imersão no mundo dos educandos, tornando assim o aprendizado mais significativo para os envolvidos (FREIRE, 2011a, 2011c).

Efetivamente, então, as práticas emancipatórias estão relacionadas a métodos e atitudes adotadas pelo profissional que promove o empoderamento do sujeito em um processo que o desperte à consciência crítico-reflexiva e favoreça a sua tomada de decisão relativa à própria vida (COELHO *et al*, 2011).

Em razão da magnitude que representa o trabalho da equipe Saúde da Família no Município, entende-se que todos os esforços devem ser feitos no sentido de fortalecer as questões referentes à produção do cuidado por meio dos círculos de cultura, buscando atuar com novas práticas, mediante a integração dos serviços e maior interação dos agentes sociais. Então, se justifica o interesse em abordar essa temática, haja vista sua importância no processo de mudanças no modo de atuar com novas práticas que fortaleçam as ações e serviços ofertados à saúde do adolescente.

Assim, os círculos de cultura potencializam o cuidado e possibilitam o alcance de resultados que se traduzem em mais e melhores condições de vida e saúde. Trabalhar com adolescentes na perspectiva do círculo de cultura, “(des)constrói”, “constrói” e “(re)constrói” saberes, sempre criando espaços privilegiados para a promoção da saúde, ampliando o arcabouço de conhecimentos para melhor atuar com a sua saúde. Posto isso, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência da utilização do círculo de cultura como ferramenta do cuidar na promoção da saúde do adolescente em uma equipe de Saúde da Família, numa cidade do interior do Estado do Ceará.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O estudo é um relato de experiência com abordagem qualitativa vivenciada com base no estímulo do Módulo de Educação em Saúde I do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o intuito de trabalhar, junto aos adolescentes, a metodologia participativa do círculo de cultura como ferramenta do cuidar para que assumam uma atitude protagonista em relação ao bem mais precioso da vida: sua saúde.

O relato de experiência é um expediente da pesquisa descritiva que denota uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situa-

ção vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2013). Para Monteiro e Vieira (2010), o círculo de cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento.

As vivências foram realizadas com 30 adolescentes da Estratégia Saúde da Família, no bairro Alto Alegre, no município de Salitre, Estado do Ceará, no período de novembro a dezembro de 2014. A equipe tem uma população estimada de 2.412 habitantes, possuindo, em média, de 458 adolescentes, de dez a 19 anos.

O Município de Salitre situa-se na Mesorregião Sul do Ceará, com uma área geográfica de 900 km². Limita-se ao sul com o Estado de Pernambuco, ao norte com Potengi, Campos Sales e o Estado do Piauí, ao leste com Araripe e Potengi e ao oeste com o Estado do Piauí. Dista da Capital do Ceará, Fortaleza, 585 km, tem acesso rodoviário pela BR-112 e 116, CE-184 e 021 e possui população estimada pelo IBGE (2015) de 16.161 habitantes.

A Atenção Primária à Saúde está organizada com sete equipes de Saúde da Família: Alto Alegre, Caldeirão, Pau d'Arco, Lagoa dos Crioulos, Roncador, Sede e Serra do Salitre, com uma cobertura de 100% da população. Além disso, possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para dar apoio matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família.

O Sistema Municipal de Saúde apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário de saúde. Além das sete equipes na rede básica, dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Municipal de Prótese Dentária (LMPD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - suporte básico e especializado nas áreas de Cardiologia, Gineco-obstetrícia e Ultrassonografia, bem como um Hospital de Pequeno Porte (HPP) que possui raios-X, laboratório de análises clínicas e um centro de fisioterapia.

Para a realização da atividade contou com quatro momentos:

1. Levantamento. Realizou-se visita à Secretaria de Saúde para coletar o número de adolescentes da área adscrita cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica e solicitar apoio logístico para o desenvolvimento das atividades propostas.

2. Planejamento. Reuniu-se com a equipe de saúde para fazer o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Na ocasião, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ficaram responsáveis por convidar os adolescentes para participarem da atividade. Os demais membros da equipe responsabilizaram-se em articular com a Secretaria de Saúde e demais segmentos da sociedade, tendo em vista que a ação conjunta com outros equipamentos sociais contribui no desenvolvimento das operações estratégicas. Nesse momento, realizou-se o levantamento das palavras geradoras com o intuito de serem problematizadas no encontro com os adolescentes.

Para Brandão (2005), os círculos de cultura de Paulo Freire permitem aos participantes e pesquisadores elaborar processos de conhecimento e ação a partir de suas reais necessidades e, em conjunto, articular opções para resolvê-los, facilitando o processo de cuidado.

3. Execução. Realizou-se um encontro, utilizando-se músicas, dinâmicas e textos para problematizarão das palavras geradoras. Iniciou-se com o acolhimento e, em seguida, com o desenvolvimento das ações planejadas, finalizando com um momento de avaliação.

4. Avaliação. Realizou-se por meio da observação sistemática e das impressões dos participantes.

Os facilitadores da experiência buscaram oferecer um processo educativo voltado para a promoção da saúde dos adolescentes, trabalhando temas relacionados à sua realidade, sendo fortalecidos pelo processo de Educação Popular, proporcionando momentos lúdicos, fecundos em diálogos, reflexões, vivências e aprendizado.

Durante a realização da vivência, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, pois se trata de um relato de experiência. Houve respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre o objetivo do estudo e autorizando o uso dessa experiência para fins científicos.

REFLEXÕES/DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento da vivência, os facilitadores participaram ativamente do processo educativo, tornando possíveis o diálogo, a participação, a interação e a comunicação bidirecional com os adolescentes, possibilitando, assim, que as ações planejadas fluíssem de forma produtiva e interativa.

O encontro contou com três momentos. No primeiro, realizou-se o acolhimento que contou com a participação de 20 adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, que foram convidados a formar um círculo para participarem da dinâmica “Círculo Mágico” com o intuito de promover a integração entre os participantes.

No segundo momento, ainda em círculo, iniciou-se o desenvolvimento das atividades, quando os adolescentes foram convidados a cirandar, cantando a música “Minha Ciranda”. Em seguida, distribuíram-se bexigas, sendo solicitados para encherem e simularem uma gravidez, onde continuaram cirandando com a música “Ciranda, Cirandinha”, acompanhada por pandeiro e triângulo.

A articulação entre teoria e prática mediante dinâmicas de grupo pode melhorar o conteúdo e os métodos de ensino e de formação, de modo que isso influencie qualitativamente o desenvolvimento psíquico e intelectual dos envolvidos (ALBERTI *et al.*, 2014).

Ao longo dessas atividades, os adolescentes em círculo e sentados no chão representaram as palavras geradoras por meio de tarjetas para serem debatidas no

encontro, emergindo os seguintes: gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/AIDS) e métodos contraceptivos.

O desenvolvimento do círculo de cultura está alicerçado na troca de experiência e recomenda uma sistematização para desencadear possível reflexão individual e construção do conhecimento compartilhado (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Assim, buscando interagir e discutir com os adolescentes efetivou-se a dinâmica “Gravidez não Planejada”, quando se formaram dois grupos para apontar as vantagens e desvantagens da gravidez na adolescência. Na ocasião, foi entregue papel madeira, pinceis, revistas e colas. Terminada a confecção dos painéis, houve a apresentação dos grupos. No círculo, discussões foram surgindo acerca da temática, sendo aprimoradas por meio das falas dos demais profissionais de saúde, dentre eles, a enfermeira, os agentes comunitários de saúde e as técnicas em enfermagem. Depois das apresentações, em círculo cantou-se a música “Ciranda do Caminho”.

A gravidez na adolescência é, de fato, um evento comum. Muitos adolescentes iniciam precocemente sua vida sexual embora desconheçam a estrutura fisiológica reprodutiva de seus corpos, como no caso do período fértil, podendo desestabilizar suas vidas (BRASIL, 2007).

Nas apresentações dos adolescentes, evidenciou-se a necessidade de fortalecer o trabalho das equipes de saúde por meio de uma abordagem integral aos problemas advindos nessa fase, como, por exemplo, a

gravidez na adolescência. O diálogo é importante em toda e qualquer relação. Assim, os profissionais que atuam na saúde precisam estar em constante diálogo e mediação com os adolescentes, necessários à construção e à socialização de saberes e conhecimentos.

Os princípios de educação dialógica de Paulo Freire constituem importante instrumento para problematizar e integrar saberes e práticas mediadas pelo diálogo entre os sujeitos profissionais de enfermagem/saúde, pessoas e comunidades, possibilitando a interação de educadores com educandos (COELHO *et al.*, 2012).

Em seguida, realizou-se a brincadeira da caixa: “Mitos e Verdades”, contendo questões relacionadas às DTS/HIV/AIDS e aos métodos contraceptivos. Perceberam-se, então, como os adolescentes ainda são permeados por dúvidas e mitos, necessitando, portanto, de orientações e informações para dirimir as dúvidas e possibilitar a (re)construção de novos aprendizados, apropriando-se de saberes para que se tornem defensores de sua própria saúde e protagonistas em suas vidas. Para encerrar a brincadeira, utilizou-se a “Xote das Meninas”, de Luiz Gonzaga.

Para Coelho *et al.* (2012), é preciso refletir sobre as ações preventivas e de promoção da saúde sexual e reprodutiva, as quais devem se pautar pela ideia de desenvolvimento da autonomia do sujeito desde suas identidades, contextos de vida e necessidades, ou pela repetição de conceitos formados e fracassados, impenetráveis para esta população. Ainda citando os auto-

res, torna-se imperioso realizar junto aos adolescentes ações com vista a capacitá-los para escolhas conscientes, de modo a promover sua autonomia.

De tal maneira, a Educação em Saúde torna-se primordial junto aos adolescentes, em decorrência de muitas dúvidas relacionadas à sexualidade na adolescência, bem como muitos negligenciam os cuidados necessários a sua saúde, como o uso de métodos contraceptivos, como a camisinha, para prevenir a gravidez na adolescência.

No decorrer das atividades, evidenciou-se que os adolescentes saíram da condição de espectadores para protagonistas, abrindo espaços para o diálogo, a participação e a interação dos agentes sociais. Assim, cirandar com adolescentes na perspectiva do círculo de cultura de Paulo Freire contribui para o desenvolvimento de métodos e estratégias eficientes na produção do cuidado direcionado a esse público.

Nos diálogos, os adolescentes relataram que poucos utilizam a camisinha, reforçando o uso da pílula que previne apenas uma gravidez não planejada, não evitando adquirir uma doença sexualmente transmissível. Além disso, na família pouco se dialoga sobre essas temáticas e na escola se restringe mais aos aspectos biológicos.

Na produção do cuidado à saúde de adolescentes, existem várias iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos relacionados ao seu cotidiano, além de intervenções clínicas com abordagem individual e com foco na reabilitação. Identifica-se,

no entanto, o fato de que estas ações ainda são incipientes e, na maioria das vezes, assistemáticas e destituídas de políticas locais que lhes confirmem sustentabilidade (COELHO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a concepção dialógica de Freire pode ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da Família, com maior resolubilidade das ações e melhor influência dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (FERNANDO; BACKES, 2010).

No terceiro momento, realizou-se a dinâmica do “Abraço”, finalizando com o processo de avaliação, quando se recorreu à observação sistemática e ao desenho das carinhas e do “curti” e “não curti”. Os adolescentes gostaram da atividade, sentindo-se valorizados por discutir seus costumes, crenças e valores, contribuindo para alcançar o real protagonismo em sua vida e torná-los cidadãos com capacidade crítica e autônoma. Em seguida, foram convidados para participar do Café com Afeto.

Pela importância do assunto em estudo, percebeu-se a necessidade de fortalecer as práticas emancipatórias com os adolescentes, tendo em vista permear ensinamentos que se processam em mudanças no modo de atuar na saúde. Tais práticas fortalecem o diálogo, a comunicação, a reflexão e o compartilhamento de saberes.

Pela vivência, evidenciou-se que os círculos de cultura potencializam melhorias na saúde e na qualidade de vida dos adolescentes, permitindo vislumbrar caminhos na melhoria nos serviços ofertados a esse público, por meio do círculo de cultura como ferramen-

ta do cuidar que proporcionem novas e diversificadas modalidades de fazer e atuar na saúde do adolescente.

Sendo assim, urge a necessidade de fortalecer ações preventivas e de promoção da saúde sexual e reprodutiva junto aos adolescentes, assim como motivar a autonomia desses sujeitos no contexto sociofamiliar. A proposta educativa em uma perspectiva problematizadora configurou-se como estratégia fundamental no envolvimento de adolescentes com discussão acerca da temática e apropriação do conhecimento (COELHO *et al.*, 2012).

Trabalhar o Círculo de Cultura de Paulo Freire permitiu maior dinamismo e interação com os adolescentes, potencializando a produção do cuidado e do desenvolvimento desses adolescentes. Este dispositivo possibilitou a abertura de espaços para o diálogo e a participação, ensejando esclarecer e dirimir as dúvidas sobre os temas geradores. Isso contribuiu para uma reflexão crítica dos adolescentes, apontando para novos caminhos e para a instauração de uma educação emancipadora desses sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo estudo, descobrimos que os adolescentes ainda são permeados de dúvidas sobre a sua sexualidade. Além disso, as práticas de Educação em Saúde ainda são incipientes nas unidades de saúde, necessitando, portanto, fortalecê-las mediante uma relação dialógica, reflexiva e harmoniosa.

A substituição de práticas tradicionais por outras que proporcionam momentos de debate e reflexão ocasiona mudanças significativas e transformadoras na saúde do adolescente. Isso ressignifica o processo educativo com o resgate da ludicidade que cria espaços para um novo pensamento e outras ações, bem como ambientes fecundos de ideias, reflexões e vivências.

Na liberdade dos diálogos evidenciados no círculo de cultura evidenciou-se o desejo dos adolescentes em esclarecer as dúvidas e ampliar os conhecimentos acerca dos temas abordados no encontro, por ensinar espaços para a elaboração compartilhada do conhecimento, a dialogicidade, a participação e a emancipação desses sujeitos. Essa ferramenta, quando utilizada na promoção da saúde do adolescente, é primordial para o desenvolvimento humano, necessitando ser fortalecido pelo trabalho interdisciplinar e reflexivo.

Faz-se importante registrar a necessidade dos profissionais que atuam na Atenção Básica fomentarem a utilização dos círculos de cultura, pois abrem caminhos que instrumentalizam a produção do cuidado e possibilitam maior interação e reflexão nas ações direcionadas à população em estudo.

Cabe deixar claro que esta experiência limitou-se pelo número inexpressivo de adolescentes no encontro e pela não participação de todos os profissionais que atuam na Saúde da Família, inquietando-nos por reconhecer a sua importância no contexto da Atenção Básica, em especial, para os profissionais da enfermagem,

que procuram não apenas uma assistência de natureza prática e técnica, mas uma assistência integral, acolhedora e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G.F.; SALBEGO, C.; CARVALHO, S.O.R.M. *et al.* Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolescer. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2014. <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/24871>

ALBERTI, T.F.; ABEGG, I.; COSTA, M.R.J. *et al.* Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. **Rev. bras. Estud. pedagog.** [online], Brasília, v. 95, n. 240, p. 346-362, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v95n240/06.pdf> Acesso: 21 jul. 2017.

BRANDÃO, C.R. **O que é método Paulo Freire**. 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L.; BEZERRA, S. T. F. *et al.* Papo irado: tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes / Papo Irado: technology of popular health education with adolescents. **Rev. APS**;14(4), out.-dez. 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=621419&indexSearch=ID> Acesso: 10 nov. 2014.

COELHO, M. M. F.; TORRES, R. A. M.; MIRANDA, K. C. L. *et al.* Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Cienc Cuid Saude** 2012 Abr/Jun; 11(2):390-395. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/viewFile/14271/pdf> Acesso: 18 nov. 2014.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2010 jul-ago: 63(4): 567-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf> Acesso: 12 nov. 2014.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 17. ed. São Paulo: Paz e terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. enferm**. [online]. 2010, v. 63, n. 3, pp. 397-403. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf> Acesso: 15 nov. 2014.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: FORTALECENDO PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Inês Dolores Teles Figueiredo¹

Walber Mendes Linard²

José Auricélio Bernardo Cândido³

Dione Cavalcante Silveira⁴

Maria Irismar de Almeida⁵

Ana Patrícia Pereira Morais⁶

INTRODUÇÃO

O caminhar da Educação Popular em Saúde, constituído por um conjunto de práticas e saberes populares e tradicionais que, segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP), apresentam-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Paulo Freire (1980), em atos de compartilhamento, afirma que a “[...] conscientização é um compromisso histórico”, implicando o engajamento de homens que “[...] assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo” É com essa perspectiva que a Educação Popular

em Saúde vem sendo estabelecida. De 2003 até os dias atuais, ganhou espaços dos mais diversos, instalando-se no dia a dia dos serviços, nos processos de formação, na gestão cotidiana do SUS, fortalecendo-se em muitos movimentos sociais populares, nas ruas e nas praças, no campo e na cidade, constituindo-se como uma práxis em construção. 2013 foi o ano da institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, fato que, além de representar mais uma conquista, espelha o desafio de ampliação do seu exercício junto aos gestores e trabalhadores da saúde e a sociedade como um todo (BRASIL, 2014).

O exercício da PNEP-SUS não está descolado do cotidiano da organização da gestão e da atenção. Muito pelo contrário, é ideia-força potente para a promoção de atos que contribuam para a garantia da integralidade, ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, além de fortalecer a atenção básica como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde. É ferramenta estratégica por apoiar os processos de redução das desigualdades regionais e das iniquidades sociais, além de fortalecer as construções em prol das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo. Potencializa a ampliação da participação social e da gestão compartilhada, por demais necessária nas relações entre os gestores e destes com os trabalhadores e usuários do SUS (BRASIL, 2011).

Tendo em vista todo esse processo de transformação de sujeitos e práticas, surge a necessidade de

sensibilização e resgate do potencial de educação popular e cultural nos territórios de abrangência. De maneira que mobilizasse os profissionais dos serviços de saúde para realização de atividades diferenciais e de escuta na comunidade.

O curso de Educação Popular em Saúde (EdPop-Sus) é uma iniciativa estratégica do Plano Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS). Diálogo entre saberes, problematização e formulação coletiva do conhecimento são alguns dos princípios nos quais esse curso se referencia. Colabora com a prática cotidiana dos profissionais e estimula o protagonismo dos trabalhadores da atenção básica na consolidação do SUS, potencializando suas características sociais, políticas e técnicas.

Com essa iniciativa, buscamos fortalecer a concepção trabalho em equipe e instigar a diversidade de categorias profissionais a serem protagonistas da implementação do PNEPS-SUS, em especial, na atenção básica. A Educação Popular em Saúde configura um caminho com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de sentidos e práticas no âmbito do SUS. Colabora não apenas no que diz respeito à transformação das práticas de Educação em Saúde, mas, sobretudo, no delineamento de princípios éticos orientadores de novas atitudes no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde.

As práticas de educação, promoção e participação em saúde encontram, no espaço da atenção básica em saúde, o território mais propício para seu desenvol-

vimento e efetividade, no qual merece destaque o papel dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Esses profissionais representam parte significativa da força de trabalho em saúde e demonstram potencialidade no contexto da mudança das modalidades de cuidado em saúde, fortalecendo o vínculo das comunidades com o serviço de saúde.

A aproximação da ciência e do conhecimento em saúde aos movimentos e práticas sociais torna-se cada vez mais necessária em razão dos desafios do nosso cotidiano. A Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e diversas representações dos Movimentos e coletivos de Educação Popular em Saúde no Brasil somam-se à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), organiza e oferece esse curso de Educação Popular em Saúde, voltado a instrumentalizar trabalhadores/as da atenção básica e da vigilância em saúde nos conceitos e práticas da Educação Popular em Saúde, estimulando o aprimoramento permanente do trabalho em equipe e das práticas dialógicas no cotidiano de trabalho.

No município de Maracanaú foram realizadas três ofertas do Curso Educação Popular em Saúde, no período de novembro de 2013 a julho de 2014, compreendendo 12 turmas. Totalizaram 376, dentre Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, distribuídos da seguinte maneira - na primeira oferta, 133; na segunda, 133 e na terceira 110, represen-

tando um marco da construção e resgate da Educação Popular no Município de Maracanaú, objetivando qualificar os ACS e ACE para produzir saúde em seu território. Atuando como protagonistas, compartilham saberes e práticas junto à comunidade, além do resgate da participação das práticas populares de cuidado na Saúde Pública do Município. O presente capítulo é um relato de experiência do encontro realizado dentro da comunidade para promover a educação popular em saúde no município de Maracanaú.

Maracanaú tem uma população de 217.922 habitantes, pertencente à Região Metropolitana de Fortaleza - RMF constitui-se no maior Centro Industrial do Ceará, distando 24,6 km do centro da Capital. Este ensaio foi realizado na Atenção Primária em Saúde, composta por: 56 Equipes da Estratégia Saúde da Família, duas equipes multiprofissionais de saúde indígena, 37 equipes de Saúde Bucal, 302 Agentes Comunitários de Saúde e 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), representando uma cobertura de 94% à população.

Este relato de experiência objetiva mostrar vivência prática da Educação Popular em Saúde na Atenção Primária com os Agentes Comunitários de Saúde.

MÉTODOS/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Experiência Externa-“GRUPO DE TERAPIA FEMININA”

No âmbito do compartilhamento de experiências com êxito no campo da Educação Popular, destaca-

mos as ações do Grupo de Terapia Feminina realizadas no município de Maracanaú, conduzidas por Agentes Comunitários de Saúde.

O grupo, denominado Grupo Terapia Feminina, foi oficialmente inicializado em meados de julho de 2013 e mantém-se ativo, ganhando estrutura e experiência para o reconhecimento daquela comunidade.

O objetivo do grupo de mulheres é de explorar e desenvolver atividades relacionadas à saúde da mulher, contribuindo para melhor qualidade de vida e autoestima destas, de maneira minimizar o alto índice de depressão. Em razão de tal realidade, verificamos a necessidade da implantação de um grupo para atender esta clientela, intervindo diante das queixas evidentes das mulheres residentes em suas microáreas.

O perfil das mulheres pode ser assim traçado: 20 mulheres participaram do grupo, de 30 a 80 anos, mães de no mínimo dois filhos, oito concluíram o Ensino Médio, tres analfabetas, nove tem o fundamental incompleto, sete são casadas, nove separadas/divorciadas, duas viúvas e duas solteiras, donas de casa, 12 são avós, 11 aposentadas/pensionistas, oito recebem o benefício social (Bolsa Família), cinco moram sozinhas, tendo um parente próximo de casa e 15 residem com filhos ou outros parentes (irmãos), residentes no conjunto Jereissati II, em Maracanaú/CE.

Dentre as atividades que ocorrem nos encontros, destacam-se:

- Discussões em grupo;

- Dinâmicas de grupo;
- Musicoterapia;
- Dramatizações;
- Coral;
- Sorteios de brindes.

Nos encontros do grupo busca-se seguir uma sequência de ações, mas sujeita a alterações conforme necessário, otimizando-se o tempo disposto para a ocorrência da reunião. Destaca-se que:

1º - Acolhimento - as mulheres chegam ao ambiente e são recebidas com um abraço caloroso por parte da facilitadora e entre si. Trocam informações pessoais antes do início do evento, assinam uma frequência e acomodam-se no assento de sua preferência.

2º - Abertura - de mãos dadas e em círculo, tem-se uma música-ambiente relaxante e faz-se uma oração inicial para agradecer a oportunidade daquele encontro e o esforço de cada uma para estar ali.

3º - Revisão - faz-se um breve comentário do encontro anterior e é solicitada a atividade agendada da apostila (individual ou grupal) em que as integrantes apresentam dúvidas ou comentários sobre a aprendizagem.

4º - Discussão - o tema para debate é lançado, seguindo a apostila didática, e na maioria das vezes há leitura de texto, dinâmicas ou músicas relacionadas à discussão. São lançadas perguntas às integrantes e estas interagem de maneira direta, relatando situações já vivenciadas e contribuindo para o enriquecimento do encontro.

5º - Confraternização - este espaço é reservado para sorteio de brindes ou rifas, além do registro por meio de fotos em grupo. Perguntamos quem são as aniversariantes do mês e estas se dirigem ao centro da roda, onde recebem uma homenagem com direito a um presente de recordação. Três integrantes do grupo foram pré-selecionadas para distribuir o lanche (bolo, salgado, suco ou refrigerante, etc.) e neste momento contribuem para manter a organização.

6º - Conclusão - os avisos gerais do grupo são repassados, ocorre a abertura da caixa de sugestões (em que as integrantes escrevem algo que desejarem sobre o grupo, anonimamente ou não, e esta opinião é compartilhada aos demais) e, em círculo e de mãos dadas, a facilitadora agradece pela participação de todas por meio de uma oração final, com música-ambiente, destacando a data do próximo evento.

As participantes utilizam ainda uma apostila, elaborada pela orientadora, que serve como guia de estudos nos encontros. A apostila contém 35 páginas e segue um embasamento científico, reunindo artigos diversos, com as temáticas que se enquadram ao perfil das mulheres e a realidade que vivenciam. A orientadora retirou cópias da apostila por conta própria, de acordo com o número de integrantes que a adquiriram, não de maneira obrigatória, mas sugestiva.

Na roda de conversa, em um grupo de mulheres, destaca-se o assunto saúde que leva em consideração à audiência e à interação. Notórias são as dúvidas e a

experiência compartilhada, bem como as situações em que estão inseridas.

Vivenciar esta experiência é relevante, pois os resultados evidenciaram mulheres transformadas, com uma visão amadurecida e reflexiva. Os assuntos que foram mais abordados dizem respeito às principais queixas das mulheres: depressão, ansiedade, tristeza, baixa autoestima, entre outras.

O Encontro

Os dados foram coletados por meio de rodas de conversa no primeiro encontro. Um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. Esta estratégia estimula a formação da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. Nessa perspectiva, a roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências e que todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam (CAMPOS, 2000).

A informalidade da roda de conversa é um exemplo de espaço democrático de aprendizagem, que fomenta a inclusão e a cooperação dos interlocutores e participantes na elaboração do processo educativo. Nessa estratégia, os conhecimentos dos sujeitos são considerados para o estabelecimento da interlocução e para a análise crítica do conteúdo trabalhado (FIGUEIREDO et al, 2010).

Os participantes da intervenção foram 12 usuários integrantes das microáreas adscritas às Agentes Comunitárias de Saúde, em parceria na condução das atividades, totalizando 16 sujeitos, contando com um residente em Saúde da Família, um profissional do NASF e dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Realizamos o primeiro encontro no dia 17 de novembro de 2014, objetivando discutir os temas geradores elencados pela própria comunidade ao longo do processo. O encontro ocorreu no quintal da casa de uma participante do grupo e durou aproximadamente 1h e 30 minutos. Todas as informações coletas foram registradas em diário de campo. Para realizar a dinâmica de rodas de conversa, formamos uma roda de cadeiras, o que permitia a melhor visualização entre os membros.

Dentre os participantes, identificamos o fato de que a maioria pertence ao gênero feminino. Em relação à faixa etária, a maioria está acima de 40 anos. Iniciamos a roda de conversa, com uma dinâmica de apresentação e acolhida aos participantes. Neste momento, surgiram questões como a identificação dos perfis dos participantes, na descoberta de talentos na comunidade. Podemos citar: cantador, artesãs e bordadeiras. Durante a discussão, foi identificada a necessidade de potencializar essa cultura popular, de modo a produzir saúde na comunidade. Sugeriram a criação de oficinas produtivas terapêuticas de maneira a compartilhar os saberes e práticas empoderados. Em determinadas falas, percebemos a intenção dos participantes em manter os encontros mensalmente.

Com o girar da Roda de Conversa, percebemos a potência desta, no sentido de iniciar um processo de produção coletiva de conhecimento entre comunidade e profissionais. Então, fizemos a seguinte indagação: **como é seu jeito de fazer saúde?**

Obtivemos como resultado as seguintes falas: “Reza”; “Cuidado na fala”; “Não está sozinha”; “Relacionar com as pessoas”; “Trabalho com os amigos”; “Alegria”; “Direcionamento do trabalho”; “Interação”; “Convívio familiar”; “Com amor”; “Tranquilidade”; “Compreensão”; “Encontro no trabalho”; “Descontração”; “Solidariedade”; “Cuidado” e “Fé”.

Para avaliar o encontro, solicitamos que cada participante o definisse em uma palavra. As palavras mencionadas pela comunidade foram: satisfação, alegria, paz, liberdade, tranquilidade, saúde e amor. Percebemos, assim, aceitação unânime dos participantes no envolvimento.

No primeiro encontro, observamos a participação dos ACS como estimuladores dentro da comunidade para promover a Educação Popular em Saúde. Percebemos espaços que permitem aos sujeitos, terem voz e vez no processo da discussão das questões problematizadas, permitindo o diálogo, e esse pode ser um dos caminhos para o empoderamento da comunidade.

O compromisso de assumir nosso papel como educadores populares é um desafio e, ao mesmo tempo, de educandos dentro do espaço democrático do SUS, implicando em constituir vínculos com a comuni-

dade e, por outro lado, estar disposto a aprender com o outro neste compartilhamento de saberes.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Durante os encontros, notamos que os Agentes de Saúde tinham um bom entendimento das situações-problema encontradas na comunidade, bem como iniciativa na tomada de decisões diante dos problemas do cotidiano de trabalho, resultando melhor desempenho das atividades realizadas, maior incentivo, elevando os profissionais a um papel mais proativo nos territórios

Os resultados permitiram vislumbrar caminhos para melhorar os serviços ofertados à comunidade mediante ações educativas que proporcionaram novas e diversificadas modalidades de fazer e atuar na saúde. Além disso, contribuíram nas práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos preconizados pelo SUS, refletindo em melhorias para a comunidade e para o desenvolvimento dos Agentes de Saúde, apontando para novos protagonismos no processo de trabalho buscando uma educação emancipadora dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros levaram a um resgate da cultura popular, incentivando um movimento de mudança das práticas no cuidado a saúde, bem como sua metodolo-

gia, baseada no diálogo e na elaboração compartilhada dos saberes. Foi facilitada a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática junto à comunidade, bem como fortalecidos o protagonismo dos sujeitos, o vínculo e a resolubilidade das ações em saúde. Torna-se necessário reforçar investimentos na EPS junto aos profissionais de saúde.

Trabalhar a EPS com profissionais de saúde implica na formulação de novos aprendizados, favorecendo o diálogo e a reflexão, mediando diferenças, facilitando os caminhos e compartilhando saberes, sendo uma abordagem necessária para provocar mudanças significativas e transformadoras.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- BRANDÃO, C.R. Círculo de Cultura. In: STRECK, R, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, J, Jaime (orgs). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. P. 69-70.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS- SUS). Disponível em: <bvms.saúde.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 15 de Nov de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação popular em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.
– Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, J.S.S. **Educação popular em saúde com a comunidade indígena Xukuru do Ororubá – PE.** / Juliana Santos Siebra Brito. — Recife: J. S. S. Brito, 2010. 52 f.: il.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec; 2000.

FIGUEIREDO M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm.** 2010;63(1):117-21.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

UTILIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago¹

Vívian Carlla Brilhante Chaves²

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes³

Talyta Alves Chaves Lima⁴

Sharmênia de Araújo Soares Nuto⁵

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho é a maneira como os trabalhadores desenvolvem suas atividades profissionais, constituída por ações organizadas ou não para se chegar a um fim: a garantia de acesso aos serviços de saúde e o cuidado em saúde. Esse processo de trabalho pode se dar de vários modos numa mesma equipe.

Atualmente, o processo de trabalho em saúde é visto na perspectiva do trabalho coletivo, composto por vários saberes que se integram e se complementam dentro de uma equipe multiprofissional. No âmbito da Equipe Saúde da Família (EqSF), ele é caracterizado pelo trabalho interdisciplinar, valorizando o saber e as práticas de cada um para uma abordagem resolutiva, integral ao usuário de sua área de abrangência, deven-

do estar acompanhada pela avaliação sistemática e contínua das ações e indicadores para readequação desse processo de trabalho.

Quando se usa a metáfora da construção da casa da Atenção Primária à Saúde (APS), vários momentos de mudanças ficam à mostra para a implantação dos processos de trabalhos. Os macroprocessos básicos são aqueles que conferem suporte ao atendimento das diversas demandas da população, ao passo que os microprocessos são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. Os resultados da implantação dos macro e microprocessos devem ser monitorados regularmente, e alguns devem ser auditados (MENDES, 2015).

A organização do processo de trabalho é essencial para a efetivação da integralidade em saúde para os cidadãos e influencia fortemente na satisfação dos profissionais da equipe e usuários. Isso significa implantar mudanças estruturais, de macro e microprocessos da APS (MENDES, 2015). Dentre as mudanças na micropolítica de produção do cuidado, está o desenvolvimento de uma atuação com predominância do trabalho vivo, pautado nas tecnologias leves (relacionais), em detrimento do trabalho morto, dependente de tecnologias duras e voltado para produção de procedimentos.

O processo de trabalho odontológico, no entanto, não conseguiu acompanhar essa transição tecnológica do processo de trabalho da mesma maneira que

outros setores da saúde, como, por exemplo, a Enfermagem, permanecendo ainda, em muitas realidades, pautada numa atuação predominantemente curativa, fragmentada e dependente de equipamentos.

Desde 1990, com o advento do SUS, o Brasil busca modificar o modelo tradicional de assistência à saúde, por meio de modelos inovadores de saúde bucal. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta inovadora que busca modificar as práticas de saúde e o modo de organização das ações, no intuito de substituir o modelo biomédico de assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a inclusão do cirurgião-dentista na ESF, por meio da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), veio romper com a prática da Odontologia tradicional, centrada, essencialmente, no trabalho curativo no consultório, representando a possibilidade de por em prática os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade, assim como a oportunidade de desenvolver ações intersetoriais.

Sendo assim, a ESF é a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo responsável pelo primeiro contato da população, implicando acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema (BRASIL, 2008). Ela deve, portanto, ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal, de modo a responder às demandas de saúde da população.

Para mudar o modelo assistencial vigente, no entanto, faz-se necessário que os profissionais modifi-

quem sua maneira de produzir o cuidado, de modo a ofertar um serviço que atenda às necessidades de quem o procura. Para isso, o trabalho isolado do cirurgião-dentista, dentro do consultório, deve ser substituído pelo trabalho em equipe, com adequação do processo de trabalho, o qual deve ser centrado no usuário.

O rompimento com o processo de trabalho odontológico desenvolvido no modelo tradicional representa, porém, um desafio. Costa *et al.* (2011) verificaram que os dentistas da ESF possuíam baixa integração com os demais membros da equipe, seja no planejamento, na participação ou na realização das ações que fazem parte do processo de trabalho das EqSF. Além disso, eles não desenvolviam ações que considerassem o perfil epidemiológico de sua comunidade adstrita. Tal fato evidencia a necessidade de conhecimento e compreensão do processo de trabalho odontológico por toda a EqSF, viabilizando uma atenção integral e atendimento às necessidades do usuário.

Nesse sentido, foi realizada uma oficina para análise do processo de trabalho odontológico na Unidade de Saúde da Família – Boqueirão - no Município de Quixeré – Ceará, por meio de um fluxograma analisador. De acordo com Barboza e Fracolli (2005), o fluxograma analisador é uma ferramenta de análise dos fluxos e das ações tomadas com origem na demanda do usuário. É um instrumento que possibilita a identificação do nós críticos e falhas nos fluxos de trabalho e pode, com suporte na reflexão, contribuir para novas tecnologias que melhorem a qualidade do serviço prestado. A ideia de

utilizá-lo parte do caráter reflexivo em torno das cadeias de ações, contribuindo para um processo de autoanálise e autogestão.

Segundo Franco (2007), o fluxograma é eficiente para perceber os problemas dos serviços de saúde, desde a análise dos processos de trabalho. Assim, além de analisar os fluxos de trabalho no ambiente de estudo, o fluxograma permitirá visualizar como os trabalhadores desempenham suas atividades e como a resposta é dada ao usuário, sendo uma ferramenta de planejamento para a melhoria na qualidade do serviço prestado.

Em virtude do exposto, esta oficina teve como objetivo viabilizar a EqSF do Boqueirão a construção do conhecimento sobre como se dá seu processo de trabalho odontológico pela sua visualização gráfica. Ele se justifica pela necessidade de conhecimento do processo de trabalho odontológico por toda a equipe de saúde, sendo relevante por ter o potencial de estimular a reflexão dos participantes sobre o modo de produção do cuidado ao usuário do serviço odontológico e viabilizar o redesenho deste, no caso de ser detectada alguma necessidade.

MÉTODOS/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência se deu como atividade de prática na comunidade proposta na disciplina de Gestão do Processo de trabalho, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação

em Saúde da Família (RENASF), pela Universidade Estadual do Ceará. A prática se deu com a EqSF da localidade do Boqueirão, Município de Quixeré – Ceará, em novembro de 2015, ocorrendo em reunião com a equipe na própria Unidade de Saúde.

Inicialmente, a temática foi exposta aos membros da EqSF, enfatizando a definição do fluxograma analisador e sua utilidade. Após a obtenção desse conhecimento, a equipe elegeu o processo a ser analisado. Por ser um processo cuja organização e desenvolvimento não eram bem conhecidos pelos membros da equipe, o atendimento odontológico foi escolhido para a construção do fluxograma, do qual a equipe poderá se apropriar, de modo a contribuir eficazmente com o atendimento às demandas dos usuários.

Na ocasião, foi feito o fluxograma analisador de um processo escolhido pela equipe, o atendimento odontológico. Para isso, os participantes foram instigados a descrever o percurso do usuário, desde a entrada na Unidade Básica de Saúde até a obtenção do atendimento odontológico, enquanto as facilitadoras, alunas do Mestrado, montavam o fluxograma em papel-madeira, com utilização de pincéis, exposto na parede para que todos pudessem visualizar.

O fluxograma analisador foi a ferramenta utilizada porque constitui-se em instrumento de análise que interroga os “para quê”, os “quês” e os “comos” dos processos de trabalho, e, ao mesmo tempo, revela a maneira de governá-lo (BARBOZA; FRACOLLI, 2005). Logo, ele consiste em mapear os fluxos e os processos de traba-

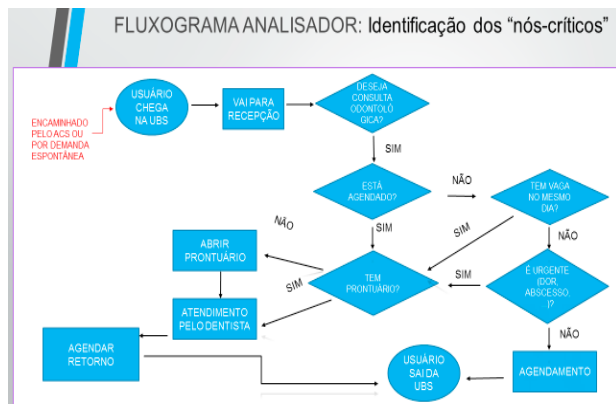
lho, sendo cartografados por meio de uma representação gráfica e tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe, visto que estimula a visão crítica e reflexiva por meio de uma percepção coletiva do processo que trabalho (REIS; DAVID, 2010).

A entrada foi representada, simbolicamente, por uma elipse, caracterizada pelo movimento do usuário na porta da unidade de saúde até chegar à recepção. Esta foi configurada por um retângulo, figura utilizada para representar os momentos nos quais se realizam etapas importantes de trabalhos na cadeia produtiva. A decisão da oferta de serviços foi representada por um losango, no qual procuramos registrar, por meio de perguntas, os distintos critérios de que os serviços utilizam para compreender se a necessidade do usuário será ou não objeto de intervenção assistencial.

O segundo retângulo consiste na oferta de determinados serviços pela unidade de saúde, ou seja, tanto o serviço de agendamento de consultas, quanto o de prontuário e de atendimento odontológico. A saída dos usuários que obtiveram algum tipo de intervenção foi representada por uma elipse de saída.

Com base na representação gráfica do processo de atendimento odontológico (Figura 1), a qual foi reproduzida, posteriormente, em *PowerPoint*, procedemos à análise do mesmo com a finalidade de identificação dos nós críticos, com proposição de ações e metas a serem buscadas, visando à melhoria da produção do cuidado ao usuário.

Figura 1 – Fluxograma analisador do processo de trabalho odontológico da Equipe de Saúde da Família do Boqueirão, Quixeré – Ceará, 2015.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

O fluxograma analisador é de uma representação gráfica do processo de trabalho em unidades de saúde, elaborado com centro no usuário (MERHY, 1997). Ele constitui um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando sua lógica, bem como saberes e práticas predominantes. Além disso, permite que os profissionais de saúde visualizem a configuração do seu processo de trabalho e busquem maneiras de remodelá-lo (BARBOZA; FRACOLLI, 2005), constituindo uma ferramenta coletiva capaz de provocar rupturas nos processos de trabalho instituídos (REIS; DAVID, 2010).

Analisando o fluxo do usuário da equipe do Boqueirão, observamos que, ao chegar à Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), e sendo detectada a procura pelo atendimento odontológico, o usuário é, inicialmente, questionado a respeito do seu agendamento. Quando ele já está agendado, abre-se o seu prontuário para que receba o atendimento odontológico. Os pacientes que já possuem prontuário seguem direto ao atendimento. Nas situações em que o paciente não está agendado, a equipe verifica se há vaga no mesmo dia. A necessidade do usuário só é considerada quando ele não está agendado nem há vaga para atendimento no mesmo dia, considerando o critério de urgência (dor ou abscesso) como determinante do seu atendimento imediato, enquanto, na ausência da urgência, o agendamento se dava por ordem de chegada, com utilização das vagas disponíveis na agenda.

Desse modo, com amparo na análise gráfica do processo de atendimento odontológico na UBASF, foi identificado o fato de que a tomada de decisão não ocorria desde a demanda do usuário, ou seja, o processo se dava de acordo com a situação da agenda, sem estabelecimento de padrões nem realização de avaliação do paciente, no primeiro momento. Esta sucedia apenas após a detecção de falta de vaga.

Depois dessa análise, observou-se que a visualização do processo de trabalho odontológico por intermédio do fluxograma analisador possibilitou aos profissionais discutirem sobre o papel de cada um dentro

daquele processo, levando à compreensão de que a organização do serviço de Odontologia da UBS do Boqueirão não estava centrada nas necessidades do usuário. Também ficou evidenciado que o fluxo do usuário, naquele processo dentro da unidade, não estava claro para a própria equipe, havendo relativa dificuldade dos membros da equipe para descrever as etapas do fluxo.

À semelhança do que foi observado por Barboza e Fracolli (2005), em estudo com o uso do fluxograma analisador na Estratégia Saúde da Família, esse instrumento despertou nos profissionais uma reflexão sobre sua prática, mostrando-lhes a necessidade de capacitação para um agir diferente, sendo capaz de propiciar, aos profissionais de saúde, uma autoanálise do seu processo de trabalho, levando-os a buscar meios de remodelá-lo.

Esses autores detectaram, ainda, que, ao discutir o processo de trabalho mapeado pelo “fluxograma analisador”, os profissionais de saúde identificaram a necessidade de rever os instrumentos de trabalho que utilizavam para realizar suas práticas de saúde, passando a entender a importância do planejamento participativo para o trabalho em equipe (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

A prática também levou à reflexão sobre os processos autoanalíticos ocorridos no interior da equipe de Saúde da Família da UBS do Boqueirão, disparados desde a apresentação e construção do fluxograma analisador, para, com isso, propor o uso desse instrumento como uma tecnologia de autogestão do trabalho. A fal-

ta de experiência dos profissionais da equipe na realização de um fluxograma analisador, assim como da sua análise e identificação dos nós críticos para nortear a construção compartilhada de resoluções dos mesmos, ainda deve ser superada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de um fluxograma para analisar o processo de trabalho em saúde constitui importante ferramenta de planejamento das ações de saúde. Sendo assim, a experiência permitiu o reconhecimento do fluxograma analisador como um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando sua lógica, bem como os saberes e práticas predominantes.

Com a ação na equipe do Boqueirão, foram evidenciados alguns pontos críticos a serem revistos pela equipe, dentre os quais estão: o desconhecimento, pela própria equipe, do seu processo de trabalho, observado pela dificuldade na elaboração gráfica do fluxograma de atendimento odontológico, e a falta de consideração da necessidade do usuário no primeiro contato, denotando uma atuação não centrada no usuário.

A utilização daquele instrumento na EqSF do Boqueirão contribuiu para o planejamento do processo de trabalho e a reorganização do serviço; a análise do modelo assistencial vigente; o estímulo à autoanálise da equipe; a capacidade de transformação do processo

de trabalho da equipe; e a construção da representação gráfica do processo, de modo a torná-lo visível e partilhável por todos, podendo instigar um olhar crítico e reflexivo sobre ele.

Em suma, o fluxograma analisador viabilizou a qualificação dos processos coletivos de produção da saúde na ESF, ampliando a compreensão da equipe sobre como se desenvolve seu processo de trabalho cotidiano, tendo como foco central o usuário.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0102-311X2005000400006>. Acessado em 15 de junho de 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1444/GM**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. [online]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4-iYBqqq0YMJ:www.mp.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acessado em 28 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 17**. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2017.

COSTA, R. M.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; COSTA, I. C. C. *et al.* Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 51, 2011. Disponível em: <files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v19n51/a2536.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2017.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunicação Saúde, Educação** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003>. Acessado em 28 de setembro de 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/>>. Acessado em 28 de abril de 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Capítulo 2. p. 71-112. Disponível em: < www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acessado em 15 de setembro de 2016.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010. Disponível em: <<https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/488/303>>. Acessado em 28 de setembro de 2015.

SILVA, A. N. da; SENNA, M. A. A. de; JORGE, R. C.; SILVA JÚNIOR, L. Modelos Assistenciais em Saúde e Saúde Bucal. In: SILVA, Andrea Neiva da; SENNA, Marcos Antônio Albuquerque de. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 4, p. 65-90.

CONVERSANDO COM ADOLESCENTES: SAÚDE E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges¹

Jamine Borges de Moraes²

Lourdes Suelen Pontes Costa³

Maria Rocineide Ferreira da Silva⁴

Lilianne Kelly Rocha do Vale⁵

Raimundo Augusto Martins⁶

INTRODUÇÃO

A adolescência configura-se como uma das fases mais importantes no desenvolvimento humano, repleta de peculiaridades, incertezas e rápidas transições. É manifestada por crescimento físico acelerado e desenvolvimento intenso, acompanhados por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Essas características são determinantes das ações que devem ser desenvolvidas nos vários níveis de atenção à saúde e, sobretudo, devem orientar a gestão do cuidado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), tendo em vista ser esta a responsável por orientações e informações com o intuito de promover saúde e prevenir doenças.

Adolescência é um termo que deriva do latim

adolescência, assim como *adolescer*, provém de *adolescere*, sendo que ambos os vocábulos apontam para um crescer, desenvolver-se, sair da infância e ir em direção ao “mundo dos adultos”, delimitando etimologicamente a adolescência como o tempo da mudança. Considera-se que essas alterações ocorrem em diversas dimensões, não apenas no corpo do sujeito (por meio das mudanças pubertárias), mas também em sua subjetividade e nas suas relações com o mundo (RAUPP, 2006).

Os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, confirmam que 17,9% da população brasileira são compostas por pessoas de 10 a 19 anos de idade – faixa etária que, cumpre lembrar, corresponde à adolescência, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). No Município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, estima-se que a proporção de pessoa entre 10 e 19 anos seja de 25,3% do total da população. Esse percentual, é equivalente a um quarto da população residente no Município, o que requer priorização das políticas públicas de promoção e proteção.

Nesse sentido, no Brasil, final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, foram desenvolvidas políticas de amparo ao adolescente, dentre as quais se destacam o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Apesar dos esforços do governo, o processo de implementação das políticas públicas para adolescentes ocorreu de maneira fragmentada e desarticulada, de modo que cada setor,

ainda hoje, desenvolve suas estratégias e ações isoladamente, não representando um trabalho intersetorial que possibilite a integralidade da atenção.

O PROSAD, de 1989, e o ECA, de 1990, são as políticas brasileiras que apresentam diretrizes voltadas para a atenção à saúde e proteção social dos adolescentes (BRASIL, 1996; 1990). O ECA foi um marco decisório para assistência ao adolescente. Desde sua edição, o Estado passou a assumir a responsabilidade por: assistência às crianças e adolescentes, considerados sujeitos de direitos e responsabilidades; elaboração de políticas destinadas ao atendimento infantojuvenil, dentro de uma perspectiva comunitária, psicossocial, igualitária e de base territorial, privilegiando a inserção na comunidade, a participação social e a garantia da proteção às crianças e adolescentes, de maneira compartilhada com a família e a comunidade (REIS; DAVID, 2010).

Contudo, observa-se que mesmo com a existência de políticas públicas direcionadas para crianças e adolescentes, ainda existem falhas no que concerne à abordagem integral e à ação protagonista dos jovens, possivelmente por motivos relacionados aos componentes operacionais, ou seja, dificuldades para a sua implementação, tendo como exemplo a escassez de intersetorialidade das ações (COSTA et al, 2015)

Com o intuito de avançar para garantir o princípio da integralidade, desde 1998, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – programa governamental para atendimento das demandas da população de forma mais ampliada e integral que operacionaliza a Atenção Pri-

mária à Saúde (APS) – foi progressivamente implantada, de modo a se tornar a principal ação do Ministério da Saúde para reorientar o modelo de cuidados em saúde (BRASIL, 2012). As ações desenvolvidas na ESF são destinadas às pessoas de todas as idades, sem a inclusão de uma abordagem específica e/ou diferenciada para o grupo adolescente sendo priorizados outros grupos populacionais como gestante, idoso, criança e pessoas com diabetes ou hipertensão (FONSECA; OZELLA, 2010).

Dados recentes demonstram a invisibilidade dos adolescentes no contexto da ESF e a maneira pontual como esse grupo etário é tratado (TAQUETTE ET AL, 2017). Em pesquisa realizada por Costa et al (2015) no município de Fortaleza-CE verificou-se que a rede de apoio aos cuidados à saúde dos adolescentes e a inter-relação dos profissionais da saúde, da escola e familiares é insuficiente, configurando a ausência de uma rede integrada que favoreça e dê suporte à promoção de sua saúde.

No cenário mundial no ano de 2012, 1,3 milhão de adolescentes no mundo morreram de doenças preveníveis ou tratáveis. A maioria das mortes foi causada por acidentes de trânsito, HIV, suicídios, infecções respiratórias e violência interpessoal. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, as maiores causas de morte são o suicídio e as complicações da gravidez e parto (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015). Além disso, 80% dos adolescentes são fisicamente inativos e 70% das mortes preveníveis em adultos estão relacionadas com doenças não transmissíveis ligadas aos fatores de risco iniciados na adolescência.

Todavia pudemos perceber que o campo das ações dirigidas a gestão do cuidado ao adolescente não está implantado nos serviços de saúde da ESF. Este local é privilegiado para desenvolver ações no âmbito da prevenção e promoção da saúde; portanto é o caminho ideal para acolhimento das demandas dos adolescentes.

Infere-se, que, nesta circunstância, ao ampliar o campo de atenção e cuidado, podemos contemplar o adolescente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e, conseqüentemente, o crescimento da oferta de serviços nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e respectivas áreas de abrangência, proporcionando um cuidado integral e resolutivo (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Importante é ressaltar que, para o alcance da integralidade do cuidado, fazem-se necessário as ações interdisciplinares e profissionais capacitados. Considerando, ainda, que na maioria das vezes um único serviço não é capaz de responder a todos os problemas de saúde da pessoa, a integralidade remete também à integração dos serviços de saúde que devem fazer uso de uma rede de informações que permita a responsabilização pelos adolescentes.

Compreendendo, ainda, que o desenvolvimento de ações direcionadas aos adolescentes devem englobar não apenas os aspectos técnicos e biológicos, mas, também, os aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais, políticos, valores e comportamento, entendemos que é preciso extrapolar os muros dos serviços de

saúde e valorizar a intersetorialidade, permitindo a formação de rede de cuidados.

Nesta perspectiva, a escola é considerada um ambiente favorável e privilegiado para efetivar ações de promoção da saúde, em razão da sua capilaridade e abrangência, constituindo-se como um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades das pessoas para a tomada de decisão adequada à sua saúde e à comunidade.

Assim expresso, ressaltamos que a discussão acerca da saúde do adolescente ainda é incipiente, o que pode ser reflexo das políticas públicas em saúde, que durante décadas, priorizou, em suas diretrizes gerais, a assistência ao grupo materno-infantil (NOGUEIRA, 2010). Acrescentamos a isso uma produção científica voltada prioritariamente para os aspectos fisiológicos e comportamentais desse grupo etário relacionados às infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada e uso/abuso de drogas ilícitas (MACHADO ET AL, 2010; MELO; COELHO, 2011; MALTA, 2011; TAQUETTE ET AL, 2017). Nesse âmbito, poucas são as produções voltadas para ações de promoção e prevenção para adolescentes.

Diante esta seara, este estudo teve como objetivo relatar a experiência de oficina com grupos de adolescentes com o intuito de apreender os sentidos e significados dados por esse grupo ao processo de saúde, doença e cuidado, ao mesmo tempo em que buscou orientar quanto aos cuidados e serviços disponíveis nas Unidades de Atenção Primária.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Por ser de uma vivência cujo objetivo foi apreender a concepção dos adolescentes acerca da saúde e do cuidado, favorecendo o diálogo e a participação em coletividade, optamos pela abordagem qualitativa. Assim, este estudo é do tipo relato de experiência. Sua condução pautou-se na descrição crítica da experiência realizada, dando ênfase ao processo participativo dos adolescentes.

A experiência ocorreu na Escola Municipal Professor Osmírio de Oliveira Barreto situada no território de atuação da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Paracampós, no bairro Mondubim em Fortaleza-CE. A escola e a UAPS estão articuladas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) onde são desenvolvidas ações de saúde integradas com a educação. A escola funciona em dois turnos (manhã e tarde), com 574 alunos distribuídos nas séries: Infantil V, e do primeiro ao nono ano. A faixa etária dos alunos preconizada pelo Ministério da Educação é de cinco a 14 anos, porém estão matriculados alunos com idade acima dessa faixa etária, até 19 anos.

Com efeito, participaram desta pesquisa, adolescentes, na faixa etária de dez a 19 anos, residentes na área onde o estudo aconteceu e matriculados na escola acima descrita. A amostra se constituiu de 21 sujeitos escolhidos por conveniência, tendo em vista que participaram da pesquisa aqueles adolescentes que, após ouvirem a nossa explanação acerca da investigação, optaram por contribuir.

O período de vivência sucedeu de maio a junho de 2016, no qual ocorreram os agenciamentos necessários à condução da experiência. No primeiro momento foi realizado contato com a direção da escola, informando sobre a pesquisa, que foi acolhida prontamente. Então, foi solicitada a liberação da pesquisa ao Distrito de Educação da Secretaria Regional IV à qual pertence a escola.

No segundo momento, após a liberação, a pesquisa foi por nós apresentada, aos adolescentes e professores, fazendo esclarecimentos sobre o estudo. Ao término dos esclarecimentos, os alunos demonstravam o interesse em participar e aí aconteceu a formação do grupo de adolescentes participantes. Nesse momento, aconteceu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por aqueles que manifestaram o interesse em participar e possuíam idade acima de 18 anos. Aqueles com idade inferior a 18 anos e que manifestaram interesse em participar foram autorizados pelos pais que, por sua vez, receberam a nossa visita em sua residência e assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Os horários para a realização das oficinas foram estipulados juntamente com os alunos e professores, ficando previamente marcado duas oficinas com duração de 50 minutos cada qual.

As crianças e adolescentes envolvidos nas oficinas são aprendizes de um processo que emancipa, os torna sujeitos ativos na conquista de uma democracia participativa, fortalecendo o protagonismo infanto-ju-

venil (FIGUEIRÊDO, 2006). Assim optamos por trabalhar as oficinas com os adolescentes para coleta de informações, o que favoreceu a elaboração coletiva e participativa do adolescente, proporcionando-lhe satisfação em participar, com efeito, trazendo contribuições significativas como respostas ao objetivo de conhecer a percepção do adolescente sobre o cuidado à sua saúde na Atenção Primária.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação (Nº do Parecer 1.532.8050). Os adolescentes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como os pais dos adolescentes, que aceitaram participar da pesquisa e tinham idade inferior a 18 anos, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os Termos de Consentimento e Assentimento foram assinados em duas vias por todos os sujeitos participantes da pesquisa e os pais dos adolescentes, quando necessário.

As oficinas foram gravadas na íntegra em gravadores digitais, com autorização prévia dos adolescentes. Após gravação, o áudio foi colocado à disposição deles, para que pudessem ouvi-lo, e caso quisessem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderiam ficar à vontade para fazê-lo. Todas as informações foram mantidas em sigilo e a identidade dos participantes foi preservada.

REFLEXÃO/DISCUSSÃO

A EXPERIÊNCIA

Como ensina Candau (1995), a oficina constitui espaço de elaboração coletiva do conhecimento, de análise da realidade, de um confronto e troca de experiências. A atividade, a participação, a socialização da palavra, da vivência de situações concretas por meio de sociodramas, análise de conhecimentos, a leitura e a discussão de textos, o trabalho com distintas expressões da cultura popular, são elementos fundamentais na dinâmica das oficinas pedagógicas. Portanto, as oficinas são unidades produtivas de conhecimentos com suporte numa realidade concreta, para serem transferidas a essa realidade a fim de transformá-la (KISNERMAN Apud OMISTE; LÓPEZ; RAMIREZ, 2000, p. 178).

É interessante ressaltar a vontade de grande parte dos adolescentes em participar, tornando inviável a divulgação da pesquisa em toda a escola, pois, logo nas duas primeiras turmas visitadas, o número de adolescentes que demonstrou interesse em participar da pesquisa foi maior do que o total supostamente por nós imaginado, revelando o intento de protagonização dos jovens.

Ademais, foi realizada reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para explanação do estudo, solicitando sua colaboração para esclarecimentos aos pais ou responsáveis pelos adolescentes que tiveram interesse em participar da pesquisa e solicitando assinaturas do TCLE para os pais dos adolescentes com idade inferior a 18 anos. Os ACS fizeram contato com os

pais que residiam nas microáreas sob suas responsabilidades por meio de visita domiciliar. Os vínculos do ACS e nosso com as famílias dos adolescentes facilitou a aceitação, pelos pais, da participação dos adolescentes na investigação.

Após consentimento dos pais ou responsáveis, houve reunião com a coordenação da escola para planejamento dos dias e horário da realização das oficinas, sala, e, nesta ocasião, foi decidido que as oficinas aconteceriam dentro do cronograma das aulas de Ciências. Em seguida, foram planejadas as oficinas, as quais aconteceram nos dias 15 e 22 de junho.

Na primeira oficina, seguiu-se o temário, para conhecimento das necessidades em saúde dos adolescentes (Penso que adoço quando [...]; Procuro respostas para minhas indagações, incertezas [...]; Gostaria de contar com os profissionais de saúde para [...]) e a segunda oficina, para conhecimento sobre o cuidado aos adolescentes na APS (Entendo que cuidar da minha saúde é [...]; Gostaria de ter como cuidado à minha saúde [...]; No momento conto com a ESF para [...]).

Em ambas foram utilizados materiais escolares (tesoura, cola, canetinhas, pilotos, papel-madeira) para confecção de cartazes, retratando sentimentos e realidades em resposta ao objetivo de conhecer a percepção dos adolescentes sobre o cuidado à sua saúde na Atenção Primária. Os adolescentes trabalharam em equipe e fizeram apresentação do que retrataram, expressando sentimentos, desejos e seus olhares em relação ao seu cuidado na APS.

As oficinas aconteceram de maneira participativa, os adolescentes tiveram espaço para expressar suas percepções tanto durante a confecção dos cartazes em equipe quanto no momento da apresentação do conteúdo dos seus diálogos para o grupo participante.

As equipes foram formadas por decisões dos adolescentes por colegas mais próximos na sala de aula, o que facilitou o envolvimento deles com a temática e reduzir sua inibição em relação à verbalização de suas ópticas, trazendo ricas contribuições para as discussões.

Após a formação das equipes os adolescentes discutiram sobre o tema que foi direcionado à sua equipe (cada equipe ficou com um tema por meio do temário acima citado) e nesse instante retratavam os resultados de suas discussões por meio de desenhos e figuras representativos. É interessante pautar a riqueza das oficinas que trazem as habilidades dos adolescentes à visão de todos os participantes e até deles próprios quando são surpreendidos pelo seu potencial de protagonização, seja por meio de suas falas ou das representações.

Concluídos os trabalhos, cada equipe, agora então, participantes de um círculo, apresentou suas percepções sobre o tema, direcionadas pelo cartaz por eles confeccionado, gerando ricas discussões no grupo, e, portanto, trazendo respostas às indagações do temário e outras que ali iam sendo constituídas.

As equipes foram mantidas na segunda oficina, pois isso facilitou o envolvimento e o desprendimento deles na expressão dos seus sentimentos por ocasião de suas colocações e em respeito à solicitação dos participantes.

Ao término de cada oficina, foi realizada avaliação do momento pelos participantes, quando todos se demonstraram felizes em participar e ainda solicitaram a continuidade dos encontros.

A avaliação da primeira oficina foi assim realizada: no início da oficina, foi passada no grupo uma cesta com doces que tinham fixado na embalagem mensagem de motivação. Ao desembalar o doce, cada participante fixou a mensagem em uma cartolina disposta na parede da sala e guardou a embalagem do doce que continha a palavra bis. Terminada a oficina, foi falado aleatoriamente e com espontaneidade sobre a oficina e, quando solicitado pelo facilitador: quem gostou, pede... Os que gostaram mostraram a embalagem E, e, em coro, expressaram a palavra BIS, demonstrando assim a motivação e a importância da segunda oficina, a qual já saiu, naquele momento, agendada.

A segunda oficina foi avaliada por meio das expressões CURTI, CURTI MAIS OU MENOS NÃO CURTI. As expressões foram escritas em cartolina fixada na parede da sala e, ao final da oficina, cada participante sinalizou com traço a expressão que ali representava a sua visão do momento da oficina.

Ficou das oficinas a certeza do quanto o método é rico na fluidez de contribuições dos adolescentes para o planejamento e resolutividade das ações de saúde a eles direcionadas.

A COMPREENSÃO DAS FALAS COM BASE NA EXPERIÊNCIA

Por vezes, as demandas dos adolescentes esbarram na limitação resolutiva dos serviços de saúde, o que afeta a qualidade do cuidado ofertado e a satisfação desse usuário, dificultando e precarizando o vínculo entre profissional e usuário. No intuito de minimizar a ocorrência de situações como essa deve-se elencar estratégias conjuntas entre os serviços de saúde e demais outros equipamentos, a fim de que um possa dar suporte ao outro conforme seja necessário para atender a demanda de seus adolescentes, constituindo, assim, uma rede de cuidado. Foi pensando nesse contexto que optamos por desenvolver esta pesquisa no cenário da escola e não da UAPS.

A escola constitui um espaço de relações, sendo um ambiente privilegiado para o desenvolvimento crítico e político que contribui para a elaboração de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na produção social da saúde, razão pela qual É amplamente utilizada como espaço facilitador às abordagens de questões relacionadas à saúde. Pode-se afirmar, assim, que a escola é considerada um cenário beneficiado para práticas de promoção da saúde, já que é um espaço pedagógico por excelência, no qual as ações de Educação para a Saúde são favorecidas (BRESSAN; MEDEIROS, 2014)

Alguns estudos evidenciaram o quanto é necessário rever as práticas educativas a serem realizadas

com adolescentes e a frequência com que devem ser feitas, considerando que os programas voltados à saúde do adolescente requererem, efetivamente, a apreensão das dimensões social e coletiva abordadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os aspectos que interagem no cotidiano dos adolescentes e no âmbito em que se encontram; além disso, é imprescindível a participação dos educadores e familiares neste processo, já que este grupo etário ainda demanda informações com amigos, que nem sempre são corretas. Isto revela que, tanto o setor saúde como o setor educação, não estão dando conta da integralidade à saúde dos adolescentes.

Nesse sentido, embora os serviços de saúde sejam muito importantes para assegurar a atenção das pessoas e das populações, o estado sanitário das comunidades não depende apenas deles. Muitas ações de promoção e de proteção de saúde são realizadas por outras organizações que não integram o setor saúde, como é o caso do CUCA (Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esporte), destacando-se as ações educativas realizadas no ambiente escolar, consideradas fundamentais para a promoção da saúde (PAIM, 2009). Isto nos leva a pensar na importância de realizar outras trilhas dentro do que foi territorializado com responsabilidade das equipes que estão na atenção primária.

Estabelecer espaços para diálogo entre adolescentes, professores, profissionais de saúde e as famílias é, comprovadamente, um importante dispositivo para

constituir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às doenças, situações de violência, assim como à gravidez precoce. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da UAPS, levando em conta o fato de que variados dispositivos devem estar envolvidos na busca de um cuidado integral e resolutivo.

Por meio da atividade realizada podemos perceber que a cultura do atendimento clínico (para tratar a doença) como impedimento para os adolescentes procurarem a UAPS, já que não se acham doentes.

Para Barros e Luz (2015), a saúde ainda é percebida com suporte em um aspecto organicista, em que as práticas de promoção em saúde estão restritas a práticas de cuidado físico. Com isso, tem-se uma ideia de saúde centrada no modelo biomédico. Apesar de também serem encontradas concepções que ampliem os conceitos de saúde/doença, ainda há uma visão predominantemente biologicista no que se refere à relação entre saúde-escola. Insere-se, pois, a necessidade de se trabalhar temáticas de saúde sob uma perspectiva ampliada na escola, considerando as várias dimensões do processo saúde-doença.

A mudança do enfoque da saúde é uma das linhas norteadoras da ESF, por meio da substituição do modelo tradicional de assistência voltado à cura das doenças por um modelo no qual a família interage nas diversas situações de saúde-doença. Para que o adolescente possa ser cuidado de modo integral, faz-se neces-

sário que o cuidado aconteça antes que as situações de doença apareçam ou se agravem (VIEIRA et al., 2011).

Nesse processo, os adolescentes, se apropriados da importância do novo modelo, podem agir na consolidação das ações da ESF por via de sua participação ativa e mudança consciente de hábitos de vida, possibilitando melhoria da qualidade de vida de suas famílias e comunidade e, conseqüentemente, realizando a promoção da saúde no plano local (VIEIRA et al., 2011).

Outros estudos também trazem essa realidade, em que os pacientes procuram o serviço público de saúde em busca de solução e alívio para o sofrimento, ou a maior parte dos usuários procura os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento. (REINERS; AZEVEDO; RICCI; SOUZA, 2010).

Esse direcionamento de ações, contudo, ainda com características de modelos anteriores aos da ESF, não é apenas decorrente da incompetência ou da falta de habilidade profissional, mas efeito da falta de reorientação dos programas voltados para os adolescentes que ainda não estão sendo implementados efetivamente pela política pública, o que se limita a situações de riscos, não considerando as particularidades e necessidades deste segmento populacional.

Com efeito, é necessário que as políticas visem, acima de tudo, à valorização dos adolescentes por meio da formação de grupos, viabilizando ações que estimulem os profissionais de saúde a implementarem estratégias no sentido de favorecerem o desenvolvimento pessoal e

social deste grupo, contribuindo para o empoderamento e o vínculo profissional de saúde/adolescentes.

Faz necessária uma busca ativa desse grupo populacional, bem como maior participação dos profissionais de saúde nas escolas e demais espaços ocupados por esse público. Emerge como importante também a condução de grupos de adolescentes nos serviços de saúde para que tenham a oportunidade de estabelecer diálogo em coletividade e se apropriar dos espaços da saúde.

Refletimos na ideia de que, para tornar possível a integralidade do cuidado ao adolescente, deve-se fazer uso de meios de cuidado que sejam capazes de potencializar esse cuidado no âmbito da micropolítica. Não se admite mais uma atenção restrita ao âmbito apenas de consultas e ambulatorios, voltadas para a regulação de procedimentos, de prescrições de medicamentos e exames. As práticas em saúde devem operar mediante a integralidade do conjunto de tecnologias do cuidado

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama atual das ações em saúde aponta, ao lado da prevenção e tratamento de doenças infecto-contagiosas, a necessidade de se voltar prioritariamente para a manutenção do bem maior da saúde, por meio da promoção de um estilo saudável de vida. A saúde do adolescente, no entanto, tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a esse grupo populacional. Desse modo, torna-se necessária e

urgente uma mudança na modalidade de prestação de serviço que visa a uma atenção que possibilite promover efetivamente a melhoria na saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

BARROS, J.P.P.; LUZ, P.C.M. Saúde na escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? **Revista Interinstitucional Artes de Educar**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.115-132 (fev - mai): "Artes de educar", 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.069/90. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Programa da Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2. Ed Brasília, 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2012b.

BRESSAN, A.; MEDEIROS, D.C. A promoção da saúde na escola. **Revista Pátio**, v. 69, n. 1, 2014.

CANDAU, V.M.F. Educação escolar e cultura(s). Tecnologia Educacional, v. 22, n. 125, 1995, p. 23-28.

COSTA, R.F. da; ZEITOUNE, R.C.G; QUEIROZ, M.V.O. *et al* . Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, Oct. 2015.

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, Sept. 2012.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016- 2030. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/lifecourse/publications/global-strategy-2016-2030/en>>. Acesso em: 22 out. 2016.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.

FIGUEIRÊDO, M.A.C., et al. Metodologia de oficina pedagógica: uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Extensão Cidadã*, v. 2, 2006.

FONSECA, D.C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, 2010.

MACHADO, N.G.; GUEDES, T.G.; MOURA, E.R. *et al.* Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, p. 284-290, 2010.

MALTA, D.C.; MASCARENHAS, M.D.M.; PORTO, D.L. *et al.* Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 136-46, 2011.

MELO, M. C. P.; ALMEIDA CARDOSO COELHO, E. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2011.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 13, n. 13, p. 338-345, 2010.

OMISTE, A. S.; LÓPEZ, M. D. C.; RAMIREZ, J. Formação de grupos populares: uma proposta educativa. Educar em direitos humanos: construir democracia. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

RAUPP, L. M. **Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Setor Psicologia Social e Institucional, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. de S.; RICCI, H. A. *et al.* Adesão e reações de usuários ao tratamento da malária: implicações para a educação em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 536-544, set. 2010.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118 – 125, jan./mar. 2010.

TAQUETTE, S.R. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1923-1932, June 2017.

VIEIRA, R. P.; MACHADO, M. de F. A. S.; BEZERRA, I.M.P. *et al.* Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 4, dez. 2011.

REFLETINDO SOBRE O USO DE PSICOTRÓPICOS ENTRE MULHERES

Vívian Carla Brilhante Chaves¹

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago²

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro propôs novas modalidades de pensar o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, trazendo à discussão o modelo médico-psicológico disciplinador, promovendo a desinstitucionalização do saber/prática da Psiquiatria Clássica (CARNEIRO et. al., 2010).

A Lei nº 10.216/2001 garante às pessoas com transtorno mental o direito de serem tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Com efeito, faz-se necessário incentivar a autonomia e o empoderamento dessas pessoas, a fim de que elas possam participar de seu processo terapêutico de modo ativo junto à sua equipe de saúde.

Nesse sentido, a educação popular, na medida em que incentiva pessoas e coletivos a realizarem as próprias análises para desenvolverem a capacidade de intervenção sobre suas vidas, adequadas ao contexto em que

vivem, mostra-se como estratégia e para a concretização da Reforma Psiquiátrica (CARNEIRO et. al., 2010).

Em um estudo realizado com idosos, em Campinas-SP, envolvendo educação popular, Patrocínio, Torres e Guariento (2013) sugeriram que intervenções desse tipo podem favorecer a saúde física e mental de idosos, bem como atenuar sintomas depressivos em viúvas.

Os autores relataram, ainda, que “[...] os grupos podem se beneficiar da metodologia participativa, em que os profissionais realizem um levantamento de interesses dos participantes, contribuindo para que mudem seus comportamentos em saúde” (PATROCÍNIO; TORRES; GUARIENTO, 2013, p. 791).

Arruda (2011), em estudo com usuários e terapeutas que participaram da Terapia Comunitária (TC), metodologia de grupo que promove o acolhimento e a escuta por meio da prática coletiva de inclusão social e valorização da diversidade, observou que muitos usuários conseguiram reduzir, e até mesmo abandonar, o uso de medicamentos controlados com o apoio da TC e de outros serviços terapêuticos, como massoterapia, *reiki*, grupos de autoestima e o acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial. Afirma ainda que a TC compõe a rede de saúde mental na atenção básica em comunicação com outros serviços, demonstrando a necessidade de promoção do diálogo com estes, na busca da integralidade da assistência em saúde mental.

Carneiro et. al. (2010), em estudo realizado junto a moradores da área adscrita de um Centro de Atenção Psi-

cossocial Álcool e Drogas, por meio de fóruns dos quais participaram diversos agentes sociais, verificaram que a estratégia da educação popular permitiu que os sujeitos refletissem e constituíssem coletivamente novos saberes e práticas no campo de Saúde Mental, condizentes com a valorização da vida em sua multiplicidade.

Segundo aqueles autores, os participantes deram relatos embasados na sua experiência vivida, destacando, entre as causas dos problemas em saúde mental, a falta de preparo dos familiares, profissionais de saúde, educação e demais órgãos sociais para lidarem com a Saúde Mental. O grupo apontou, ainda, algumas estratégias de enfrentamento do problema Saúde Mental, como

o incentivo ao desenvolvimento de grupos e associações comunitárias que pudessem dar suporte à comunidade de forma mais próxima, fortalecendo laços sociais, (...) e a realização periódica de reuniões onde se pudessem discutir problemas e buscar soluções coletivamente. (CARNEIRO *et. al.*, 2010, p. 469).

Com suporte nessa experiência de Educação Popular, os autores visualizaram a construção de redes de apoio, antes inexistentes, permitindo aos sujeitos envolvidos se organizarem politicamente, sugerindo a Educação Popular como “[...] estratégia potente de construção de novos saberes e práticas no campo da saúde mental” (CARNEIRO *et. al.*, 2010, p. 473).

Sendo assim, ante a necessidade de promover o empoderamento na assistência em saúde mental, com

o respeito às garantias previstas na Lei 10.216/2001, e visualizando na Educação Popular uma estratégia viável, apontada nos diversos estudos descritos anteriormente, foi realizado, no Município de Quixeré-CE, uma ação de Educação Popular junto as mulheres usuárias de psicotrópicos em acompanhamento pela unidade básica de Saúde da Família do Boqueirão, denominada “Chá entre amigas”. A ação teve como objetivos discutir sobre os suportes disponíveis (afetivos, familiares, religiosos e culturais) que possam auxiliá-las na compreensão do seu processo saúde-doença e no desenvolvimento de maior autonomia sobre o seu tratamento, servindo de apoio terapêutico para o enfrentamento do sofrimento psíquico, assim como conhecer a importância dada, por elas, aos psicotrópicos para a sua saúde mental.

MÉTODO/DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O local da ação

O município de Quixeré possui 20.810 habitantes (IBGE, 2012) e fica localizado a 215 km de Fortaleza no Ceará, tendo sua Atenção Primária organizada com base na Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por nove equipes de Saúde da Família, representando 100% de cobertura pela ESF.

A Equipe de Saúde da Família do Boqueirão é responsável por aproximadamente 500 famílias, constituída por: quatro agentes comunitárias de saúde, uma médica, um enfermeira, uma odontóloga, dois agentes

administrativos, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares de serviços gerais e um motorista.

Compreende o serviço de Saúde Mental no Município o acompanhamento clínico por meio de consultas e visitas realizado pelas equipes de Saúde da Família, bem como o atendimento semanal, pelo psicólogo do NASF, nas unidades das respectivas equipes. Como serviço de referência, há o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em Limoeiro do Norte, todavia esse serviço funciona de forma precariamente.

A deficiência no sistema de referência em Saúde Mental na região faz com que a população recorra a serviços privados não especializados, os quais não proporcionam um atendimento contínuo, com vínculo e corresponsabilização na prescrição do tratamento medicamentoso, agravando ainda mais a problemática e dificultando um tratamento mais humanizado e menos medicamentoso dos transtornos mentais, bem como aumentando a demanda pela “renovação de receitas” nas unidades básicas de Saúde da Família.

Dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, revelaram que 30% das consultas médicas na unidade básica do Boqueirão tinham como diagnóstico algum transtorno em saúde mental. De 2012 a 2014 ocorreram, na área adstrita da equipe do Boqueirão, um óbito por suicídio e duas tentativas de suicídio (BRASIL, 2014).

Esta realidade despertou o interesse da equipe em realizar um trabalho com os usuários de psicotrópicos sob sua responsabilidade, a fim de compreender melhor essa problemática, o que veio ao encontro da proposta do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (MPSF/RENASF), pela Universidade Estadual do Ceará, de realizar uma prática na comunidade utilizando a Educação em Saúde na Atenção Primária.

A prática ocorreu junto a equipe de Saúde da Família do Boqueirão, da qual uma das integrantes é mestranda do MPSF/RENASF.

O Planejamento da ação

Em novembro de 2014, a Equipe de Saúde da Família do Boqueirão reuniu-se com o psicólogo e a assistente social do NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família) a fim de planejar uma ação de Educação em Saúde relacionada à saúde mental na área adstrita do Boqueirão. Participaram como facilitadoras da ação duas mestrandas do MPSF.

Na ocasião, o psicólogo descreveu o perfil dos usuários atendidos por ele na unidade de saúde do Boqueirão e as agentes comunitárias de saúde, integrantes da equipe, deram depoimentos sobre as pessoas acompanhadas com sofrimento psíquico em suas respectivas microáreas.

Diante dos relatos, ficou evidente que o público mais afetado na área adstrita do Boqueirão era o de

mulheres com 40 anos ou mais. Desde então, foram selecionadas pela equipe e convidadas 12 mulheres que faziam acompanhamento em saúde mental naquela unidade de saúde, para participarem do evento denominado “Chá da tarde entre amigas”.

O Chá da tarde entre amigas

Uma semana após o planejamento, ocorreu a ação na unidade básica de saúde do Boqueirão, com a participação de oito mulheres, dentre as convidadas. A princípio, elas foram acolhidas pela equipe e mestrandas, sendo-lhes explicado o objetivo do encontro.

Para integrar as convidadas, foi utilizada a “caixa dos famosos”, na qual cada participante foi orientada a abrir a caixa, onde havia a imagem de uma pessoa famosa. Ao visualizarem a imagem, deveriam citar duas qualidades dessa famosa. Na realidade, ao abrir a caixa, a participante via seu rosto refletido num espelho e descrevia a percepção que tinha de si mesma.

Posteriormente, cada uma recebeu uma flor e foi orientada a ofertá-la a uma das participantes, apresentando-a, o que só foi possível por todas residirem próximas, na comunidade do Boqueirão, sendo que a maioria já se conhecia.

Em seguida, as participantes foram divididas em dois grupos conforme a cor de suas flores, sendo discutidos, sob a supervisão das monitoras, os seguintes questionamentos a seguir expressos.

1. Como me sinto sem o psicotrópico? - As participantes foram estimuladas a relatar seus sentimentos, diante da hipótese, da falta da medicação psicotrópica. Estes sentimentos foram representados pelos recortes de figuras ou frases escritas em tarjetas e coladas num painel. Nessa etapa, muitas se sentiram à vontade e contaram como iniciaram o uso dos psicotrópicos.
2. O que me faz feliz? - Foram apresentadas às participantes diversas figuras e palavras que descreviam sentimentos positivos, sendo elas convidadas a selecionarem as figuras e palavras que mais se identificassem e colassem em um painel. Posteriormente as mulheres identificaram nas colagens suportes pessoais que as auxiliavam no tratamento como a família, o lazer, o trabalho e a religião.
3. Qual o meu sonho e o que tenho feito para realizá-lo? – Após serem entregues duas folhas em branco às participantes, elas foram instruídas a desenharem a mão direita e a esquerda em cada uma delas; em seguida, que escrevessem dentro do desenho de uma das mãos um sonho que almejavam e no desenho da outra mão as estratégias para alcançar esse sonho. Tais imagens foram coladas em um painel. Essa atividade teve como objetivo discutir a capacidade de cada

participante de traçar suas metas e os meios para conquistar seus objetivos, com vistas ao empoderamento.

Os grupos retornaram à sala principal, onde foi exposto pelas monitoras, um resumo dos painéis preparados pelas participantes, relacionando os sentimentos negativos (estresse, choro e ansiedade) expressados na hipótese da falta do psicotrópico e os sentimentos positivos proporcionados pelas imagens selecionadas ao responderem o que as fazia felizes (família, o lazer, o trabalho, religião). Ao se discutir coletivamente, diante dos painéis, as participantes identificaram toda uma rede de apoio (família, amigos, vizinhos), além do serviço de saúde, com a qual poderiam dispor para melhor compreensão e tratamento de seus sofrimentos psíquicos e emocionais.

Ao final do encontro foi realizada uma roda e cada participante avaliou o encontro, respondendo: “Como eu cheguei aqui e como estou saindo?” Por fim todas saborearam chá, chocolate quente e biscoitos.

REFLEXÕES/DISCUSSÃO

Com a intervenção, foi possível observar a satisfação das participantes ao serem convidadas pela equipe de saúde a fim de participarem do evento, num momento de construção coletiva do conhecimento sobre seus processos de saúde-doença.

Na atividade de feitura do painel - “Qual o meu sonho e o que tenho feito para realizá-lo?” - mais da metade do grupo citou que tinha como sonho a cura do sofrimento mental e o fim da dependência aos psicotrópicos. Citaram, ainda, que a busca desse objetivo se dá por meio de redes de apoio (família e os amigos) e atividades terapêuticas, como a realização de leituras, momentos de lazer, orações, o cuidado com a imagem e o corpo.

No encerramento do encontro, ao avaliarem a atividade as participantes demonstraram interesse em retornar a outros eventos similares, identificando na atividade em grupo, um momento terapêutico.

As participantes expressaram riqueza em seus depoimentos, com histórias de superações, exprimindo-se de modo contagiante, solidárias e firmes na vontade de superar seus transtornos emocionais e psíquicos.

Demonstraram que são sujeitos de suas histórias, e que não é o uso do medicamento psicotrópico que as faz menos autônomas em sua capacidade de autocuidado.

Pedrosa (2006) critica a concepção positivista, na qual a Educação em Saúde impõe comportamentos ideais, com intervenções coercitivas, distantes dos sujeitos sociais, e propõe uma ação educativa, com o uso da problematização e a escuta de vivências, permitindo que o próprio usuário compreenda seu processo saúde-doença e empodere-se diante de seu tratamento. Segundo o autor, existe, no entanto, uma relação dialética entre instituído e instituinte que afeta os profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde, ao se utilizarem de um método de Educação em Saúde instituído com características tradicionais, prescritivas, excluem a autonomia do usuário, impossibilitando-o de participar ativamente do seu processo terapêutico. Por outro lado, ao optarem por uma proposta de educação popular com práticas pedagógicas participativas, enunciadoras de subjetividades, passa a ser instituinte de um método emancipador que proporciona o empoderamento do usuário no seu processo terapêutico.

Para eles, resta o desafio de superar uma formação predominantemente biologicista, tradicional, centrada no saber médico e clínico, e a tentativa de posicionar-se sob um novo ângulo, no qual o conhecimento pode ser constituído por meio do estímulo ao protagonismo e empoderamento do usuário do serviço de saúde, via Educação Popular, utilizando instrumentos como o acolhimento, a solidariedade, a escuta qualificada e o apoio multidisciplinar no enfrentamento de um problema tão complexo como a saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a ação, conclui-se que a Educação Popular consiste em estratégia de elaboração coletiva do aprendizado, por meio do encontro de saberes entre educando e educador, com origem em suas experiências vividas. Esse encontro constitui campo de reflexão sobre a realidade, para, então, levar à transformação, tornando-

se muito útil no terreno da saúde mental por constituir espaços de solidariedade, acolhimento e promoção da saúde. O encontro realizado no Chá entre Amigas foi um exemplo dessa formulação pautada na solidariedade, utilizando-se da reflexão para a transformação.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, A.G. **Saúde mental na comunidade:** a terapia comunitária como dispositivo de cuidado [Dissertação de mestrado]. Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará; 2011. 130 p.

BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária passo a passo.** 1. ed. – Fortaleza: Lcr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico** / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007.

_____. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/siab2005>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

CARNEIRO, A. da C. et al. **Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência.** *Saude soc.* 2010, vol.19, n.2, pp. 462-474.

PATROCINIO, W.P.; TORRES, S.V.S; GUARIENTO, M.E. **Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2013, vol.16, n.4, pp. 781-792.

PEDROSA, J.I.S. **Promoção da saúde e educação em saúde.** In: CASTRO, A.; ALO, M. (orgs.) *SUS: ressignificando a promoção da saúde.* São Paulo: Hucitec/OPAS, p. 77-95, 2006.

ORGANIZADORES

José Auricélio Bernardo Cândido

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1996). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do Município de Horizonte-CE. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: jabcauricelio60@hotmail.com

Geanne Maria Costa Torres

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR (2000). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Salitre-CE. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: gmctorres@hotmail.com

Inês Dolores Teles Figueiredo

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2006). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Gestão do SUS e Enfermagem do Trabalho. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: ines_dolores@hotmail.com

Maria Irismar de Almeida

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1974), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1992) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2001). Atualmente é enfermeira do Governo do Estado do Ceará e professora adjunto nível XII da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Saúde, Educação em Saúde, Saúde da Família, Saúde do Idoso e Saúde do Trabalhador.

E-mail: irismaruece@gmail.com

AUTORES

Adriana Freitas Diniz Rodrigues

Cirurgiã-dentista. Especialista em Gestão do Trabalho. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: adrianafdiniz@hotmail.com

Aline Gouveia Martins

Enfermeira. Especialista em Epidemiologia. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: alinegouveiamartins@yahoo.com.br

Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes

Fisioterapeuta do Núcleo de Assistência à Saúde da Família em Horizonte, Ceará. Mestranda em Gestão em Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: anakarine_gomes@hotmail.com

Ana Patrícia Pereira Moraes

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: anapatricia.moraes@uece.br

Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

E-mail: germanepinto@hotmail.com

Brígida Emília Pereira Quezado

Médica de Saúde da Família em Fortaleza. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará. Preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Preceptora do Internado da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará

E-mail: brigidaquezado@gmail.com

Camila Marques da Silva Oliveira

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UECE), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza, Ceará.

E-mail: umacamilamarques@gmail.com

Carla Manuela Rodrigues Nogueira

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde da Família (FIOCRUZ-CE), Gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará.

E-mail: carlamanu75@gmail.com

Dione Cavalcante Silveira

Cirurgiã-Dentista. Odontóloga da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: dionecsilveira@gmail.com

Érica de Castro Duarte

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UECE), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza, Ceará.

E-mail: ericasduar@bol.com.br

Felipe Cândido de Castro

Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), João Pessoa, Paraíba.

E-mail: felipe17@gmail.com

Francisco Vilemar Pinto Carneiro

Enfermeiro da Saúde da Família em Messajana, Fortaleza. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: vilemar.carneiro@hotmail.com

Geanne Maria Costa Torres

Enfermeira. Estratégia Saúde da Família. Salitre-CE. Mestre em Saúde da Família, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora em Educação, História e Saúde Coletiva (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: gmctorres@hotmail.com

Gerlane Holanda de Freitas

Fisioterapeuta. Residência em Saúde da Família e Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: gerlanehf@hotmail.com

Glaucilândia Pereira Nunes

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (UECE), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE.

E-mail: glaucilandianunes@gmail.com

Inês Dolores Teles Figueiredo

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: ines_dolores@hotmail.com

Ingrid Bezerra Costa Maia

Assistente Social. Especialista em Saúde Mental. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: costaeuece@hotmail.com

Jamine Borges de Moraes

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Program de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do estado do Ceará-IFCE. Fortaleza, Ceará.

E-mail: jamimeborges@hotmail.com

Janaina Mota da Rocha

Assistente Social do Núcleo de Assistência à Saúde da Família em Horizonte, Ceará. Mestranda em Gestão em Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: janainamr_ce@uol.com.br

José Auricélio Bernardo Cândido

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.

E-mail: jabcauricelio60@hotmail.com

Lilianne Kelly Rocha do Vale

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UECE), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE.

E-mail: liliannerocha@gmail.com

Lourdes Suelen Pontes Costa

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Program de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

E-mail: lourdespsuelen@gmail.com

Luiza de Paula Sousa

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família pela Fundação Osvaldo Cruz. Odontóloga da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Articuladora de Saúde Bucal da Secretaria Regional de Saúde II de Fortaleza, Ceará.

E-mail: lu_paula66@hotmail.com

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Cirurgiã-Dentista Mestre em Saúde da Família. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde. Cirurgiã-Dentista do município de Quixeré-Ceará e da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. Fortaleza, Ceará.

E-mail: mlo_19@hotmail.com

Maria Cláudia de Freitas Lima

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família (UECE), Professora de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza, Ceará.

E-mail: cacaulima2@hotmail.com

Maria Irismar de Almeida

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará.

Email: irismaruece@gmail.com

Maria Rosilene Cândido Moreira

Enfermeira. Doutora em Biotecnologia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri (UFCA), Juazeiro do Norte, Ceará.

E-mail: rosilene.moreira@ufca.edu.br

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (UFC), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e da pós-graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará.

E-mail: rocineideferreira@gmail.com

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde da Família. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde. Cirurgiã-Dentista do município de Quixeré-Ceará.

E-mail: dramarizangela@hotmail.com

Marta Regina Carvalho de Oliveira Borges

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UECE), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza-Ceará.

E-mail: martinhabob@hotmail.com

Raimundo Augusto Martins

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem e Doutor em Educação Pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos, Enfermagem e Saúde e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF) pela Universidade Estadual do Ceará, (UECE). Coordenador do Projeto de Extensão da Web Radio Ajir da (UECE). Fortaleza, Ceará.

Email: augustomtorres70@gmail.com

Raimundo Osmar Lima do Nascimento

Nutricionista. Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SB-NPE); Pós-graduado em Nutrição Clínica e Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul (UCS). Fortaleza, Ceará.

E-mail: roln2004@yahoo.com.br

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Ceará) e professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará.

E-mail: shanuto@gmail.com

Sônia Maria de Araújo Cavalcante

Médica. Mestre em Saúde da Família (UFC/FIOCRUZ). Residência em Clínica Médica (UFC). Especialista em Diabetes Mellitus (UFC), Cardiologia (UFC), Medicina de Saúde e Comunidade (UFC), Medicina do Trabalho (UNIFOR). Médica da Secretaria de Saúde do Município (SSM). Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará.

E-mail: cavalcantesonia@hotmail.com

Talyta Alves Chaves Lima

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Coordenadora da Atenção Primária no município de Quixeré-Ceará.

E-mail: talytinhace2010@hotmail.com

Vívian Carlla Brilhante Chaves

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da equipe do Boqueirão no município de Quixeré-Ceará.

E-mail: vivianchaves@hotmail.com

Walber Mendes Linard

Farmacêutico, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) Fortaleza, Ceará.

E-mail: walberlinard@hotmail.com

