

O PET-Saúde no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: contribuições para a reorientação das práticas de saúde.

Educational Program for Health Work in Family Health Support Center context: contributions to the reorientation of health practices.

El Programa Educación por el trabajo en Salud en el contexto del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia: contribuciones para la reorientación de las prácticas de salud.

Vladimir Andrei Rodrigues ARCE ¹
Elaine Cristina de OLIVEIRA ²

RESUMO: Este artigo tem como objetivo apresentar e discutir as repercussões do PET-Saúde nas práticas de saúde dos profissionais que atuam em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Salvador e que participaram como preceptores do projeto. A experiência construída pela Universidade Federal da Bahia foi estruturada a partir de oficinas de qualificação do grupo, encontros de planejamento e execução de ações de educação em saúde. O projeto, que estabeleceu como eixo central o enfrentamento da violência no âmbito escolar por meio de ações educativas orientadas pela Promoção da Saúde, permitiu a inserção de novas práticas na realidade do trabalho dos profissionais, como a análise da situação de saúde e a adoção de uma perspectiva dialógica e participativa de educação em saúde. Tais práticas potencializam a construção de uma identidade transformadora para o NASF e são fundamentais para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e consequente consolidação de um modelo de atenção integral à saúde, orientado, sobretudo, pela perspectiva da Promoção da Saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Prática Profissional; Educação em Saúde; Promoção da Saúde.

¹ Doutorando em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde Coletiva/UFBA), Mestre em Ciências da Saúde (Faculdade de Ciências da Saúde/UnB). Bacharel em Fonoaudiologia (UFMG). Professor de Saúde Coletiva do Departamento de Fonoaudiologia da UFBA e tutor do PRO/PET-Saúde III.

² Doutora em Linguística (UNICAMP); Mestre em Estudos Linguísticos (UNESP); Bacharel em Fonoaudiologia (UNESP). Professora de Linguagem do Departamento de Fonoaudiologia da UFBA e co-tutora do PRO/PET-Saúde III.

ABSTRACT: This article aims to present and discuss the impact of Education through Work for Health Program (PET-Saúde) in the health practices of professionals who work on a Support Center for Family Health in Salvador, Bahia, and who also acted as preceptors in this project. The Federal University of Bahia' experience was structured from the group training workshops, meetings, planning and execution of health education practices. The central axis of the project is combating violence in schools through actions of health education directed by the Health Promotion, what allowed the introduction of new practices in the work of professionals, as the analysis of the health situation and the adoption of a dialogical and participatory approach to health education. Such practices are crucial for the consolidation of a comprehensive health care model, oriented mainly by the perspective of Health Promotion.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Professional Practice; Health Education; Health Promotion.

RESUMEN: ste artículo tiene como objetivo presentar y discutir el impacto del Programa de Educación por medio del trabajo para la Salud (PET-Saúde) en las prácticas de salud de los profesionales que trabajan en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) de la ciudad de Salvador y que fueron preceptores del proyecto. La experiencia acumulada por la Universidad Federal de Bahía se estructuró a partir de los talleres de formación en grupo, reuniones de planificación y ejecución de actividades de educación en salud. El proyecto, que tuvo como eje central el enfrentamiento de la violencia en las escuelas a través de acciones educativas dirigidas por la Promoción de la Salud, permitió la introducción de nuevas prácticas en el trabajo de los profesionales, como el análisis de la situación de salud y la adopción de un enfoque dialógico y participativo de educación en salud. Estas prácticas favorecen la construcción de una identidad transformadora para el NASF y son fundamentales para el fortalecimiento de la Estrategia Salud de la Familia y la consiguiente consolidación de un modelo de atención integral de salud, impulsado principalmente por la perspectiva de la promoción de la salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud de la Familia; Práctica Profesional; Educación en Salud; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) tem como objetivo ordenar a formação de profissionais de saúde de acordo com características sociais e regionais da população, buscando desenvolver atividades de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar, contribuindo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, de modo a colaborar com a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde, por meio da articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde¹.

As ações deste programa têm sido desenvolvidas nos mais diversos cenários que compõem as Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Saúde Mental, a

Vigilância Sanitária e Epidemiológica, as urgências e emergências, dentre outros. Entretanto, a maior parte das experiências tem sido conduzida no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com especial foco na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na Universidade Federal da Bahia (UFBA), o programa teve início em 2009, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e tinha como eixo central a temática da Violência. Já o programa 2012/2014 assumiu como eixo do projeto a Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção com diferentes temáticas, definidas a partir de análise do Plano Municipal de Saúde, sendo uma delas o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Deste modo, pode-se observar o esforço das Instituições de Ensino Superior (IES) para construir propostas alinhadas com o propósito da mudança na formação dos profissionais da saúde, a partir do estabelecimento de parcerias com profissionais dos serviços e gestores do sistema de saúde.

Algumas experiências têm apresentado como potencialidades do programa o estabelecimento de ações interdisciplinares que envolvem profissionais e estudantes, maior articulação da teoria com a prática e melhor reconhecimento por parte dos estudantes e docentes das necessidades de saúde da população e da realidade do trabalho, contribuindo para a formação de profissionais mais críticos e mais conscientes da realidade sanitária da população^{2, 3}.

Além disso, os estudantes passam a conhecer melhor o modo de organização das práticas de saúde que são desenvolvidas no SUS e suas dificuldades, principalmente em relação à APS, que possui atributos essenciais, tais como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade⁴, e que, não raramente, são desconsiderados no processo de formação dos profissionais. O mesmo ocorre em relação à ESF, cujas características do processo de trabalho que visam superar o modelo médico hegemônico de atenção, tais como equipe multiprofissional, foco no território e na família, integração de ações de promoção, prevenção e reabilitação, dentre outras⁵, nem sempre são vivenciadas pelos estudantes em suas graduações.

Considerando-se que atualmente a APS foi ampliada com a criação dos NASF, que podem ser caracterizados como espaços de inovação tanto na política de saúde brasileira quanto em relação às práticas de saúde dos profissionais, experiências de aproximação da Universidade à realidade da implantação e do desenvolvimento do processo de trabalho nestes Núcleos passam a ser necessários, uma vez que demandam profissionais aptos a atuarem segundo suas diretrizes próprias, além das diretrizes gerais da APS.

Estes Núcleos têm como principais características específicas o trabalho em equipe na perspectiva do Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família e da Clínica Ampliada, inserindo novas ferramentas de trabalho no cotidiano dos profissionais, tais como o Planejamento Terapêutico Singular e o Projeto Saúde no Território⁶. Entretanto, como parte integrante da Política Nacional de Atenção Básica, devem fomentar as ações das equipes de Saúde da Família, ampliando a

abrangência e o escopo das mesmas, o que representa um desafio para estes profissionais.

Analisando-se estudos recentes⁷⁻¹⁰ verifica-se que os profissionais do NASF têm encontrado dificuldades em desenvolver suas práticas de saúde conforme as características da APS, pois nota-se o privilégio de práticas orientadas pelo conhecimento técnico específico das especialidades, sobretudo de reabilitação, mas também com foco excessivamente preventivista, em detrimento de ações de Promoção da Saúde, fragilizando a construção de uma prática ampliada de atenção à saúde. Esta questão tem relação com a centralidade das práticas na Clínica na medida em que se busca uma melhoria do atendimento individual e das relações subjetivas construídas no processo de cuidado, com pouca atenção às ações de Saúde Coletiva¹¹. Desta forma, faz-se necessário que as práticas desenvolvidas nestes Núcleos sejam frequentemente analisadas e transformadas, sobretudo na perspectiva da Promoção da Saúde, a partir ações de educação permanente dos profissionais, o que demanda maior aproximação das IES a esta realidade.

Assim, entende-se que experiências como o PET-Saúde devem não apenas proporcionar mudanças na formação dos profissionais como também no trabalho propriamente dito, ainda que o processo de implantação de equipes NASF esteja ocorrendo, como é o caso da cidade de Salvador, Bahia. Em relação à temática, não há estudos ou relatos na literatura de experiências que tenham como objeto o trabalho do PET no âmbito do NASF, o que evidencia a lacuna existente no campo científico.

Portanto, este artigo tem como objetivo discutir as mudanças observadas nas práticas de saúde dos profissionais do NASF que participaram, como preceptores de um grupo PET-Saúde, no planejamento e desenvolvimento de ações de Educação em Saúde na perspectiva da Promoção da Saúde, em um distrito sanitário do município de Salvador, BA. Para tal, será apresentada e discutida a experiência vivenciada pelo grupo do subprojeto PET-Saúde Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Programa Saúde na Escola (PET-Saúde NASF/PSE), no período de setembro de 2012 a junho de 2014, a partir da observação e da análise das anotações em diário de campo dos docentes tutores da proposta em diferentes momentos do subprojeto.

Construindo uma proposta de Educação em Saúde

O subprojeto PET-Saúde NASF/PSE, que compõe o PET-Saúde UFBA 2012-2014, tem como objetivo inserir os estudantes de diferentes áreas da saúde na realidade do trabalho interdisciplinar na APS, conformando um novo espaço de ensino-aprendizagem com especial foco no processo de trabalho do NASF. O subprojeto busca, também, contribuir diretamente com a transformação e desenvolvimento de práticas de saúde desenvolvidas no âmbito deste Núcleo na realidade da cidade de Salvador, sobretudo a partir do fomento a ações de Promoção da Saúde.

Com o intuito de contextualizar a rede da Atenção Básica no município ressalta-se que, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Salvador, SALVADOR no período de 2002 a 2013 a cobertura populacional da ESF passou de 3% (20 equipes) para 23%

(179 equipes). Quanto ao Programa Saúde na Escola (PSE), em 2014 o programa contava com 77 Equipes de Saúde da Família vinculadas a 82 escolas. Destas 54 eram municipais e 28 eram estaduais, contemplando 35.608 educandos (SALVADOR, 2014)¹².

A partir do conhecimento prévio dos tutores acerca do trabalho que vinha sendo desempenhado nas oito equipes de NASF do município em 2012, advindo da experiência dos estágios curriculares desenvolvidos no curso de Fonoaudiologia da UFBA, definiu-se pela construção de um projeto específico voltado para a realidade de uma determinada equipe que atuava em um distrito sanitário parceiro da Universidade. Esta equipe estava em processo de construção de seu trabalho, que era frequentemente permeado por diversas dificuldades e incertezas relacionadas ao modo como lidariam com propostas que buscassem superar um fazer essencialmente clínico e/ou preventivista. Desta forma, assumiu-se como diretriz do trabalho no PET o apoio à implantação desta equipe.

O Núcleo era composto por sete profissionais, dentre as áreas de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, sendo que nenhum deles tinha formação voltada para atuar na Estratégia Saúde da Família. Além disso, a maioria tinha experiência em serviços privados de saúde, com foco na reabilitação. As ações da equipe concentravam-se principalmente em atendimentos individuais, mas também faziam algumas atividades educativas coletivas, ainda que em menor quantidade, participando dos grupos já estabelecidos na rotina do trabalho na ESF. A equipe também dava suporte ao trabalho que as equipes de Saúde da Família desenvolviam junto a 08 escolas da região que eram vinculadas ao PSE. As práticas educativas desenvolvidas no âmbito do NASF privilegiavam a transmissão vertical de conhecimento especializado, focado na doença e no indivíduo, pouco extrapolando as abordagens sobre os riscos e os danos à saúde, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença. Assim, ações de Promoção da Saúde eram raras, o que acabava por reforçar um modelo de atenção predominantemente preventivista.

Desta forma, definiu-se como eixo de trabalho do PET o desenvolvimento de ações coletivas de Educação em Saúde orientadas pela perspectiva da Promoção da Saúde, entendendo ser esta uma questão estratégica para que o projeto pudesse conciliar uma proposta de formação crítica dos estudantes em busca da transformação das práticas dos profissionais do NASF que se mostravam pouco adequadas à perspectiva abrangente de APS. Ressalta-se que esta perspectiva abrangente corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária com garantia de atenção integral¹³.

Neste projeto, compreende-se que a Promoção da Saúde refere-se à estratégia de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos a partir de uma concepção mais ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais, demandando a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde, por meio da articulação de saberes técnicos e populares¹⁴. Aliado a essa perspectiva de Promoção de Saúde, toma-se como orientação do projeto o modelo dialógico de Educação em Saúde, que propõe uma prática educativa na qual os aspectos sociais, psicológicos e

culturais do sujeito são levados em consideração, ou seja, como um dos passos para a execução da prática educativa verifica-se a necessidade em conhecer o sujeito ao qual serão destinadas as ações em saúde o que incluem os hábitos, condições de vida, crenças, sendo necessário envolvê-lo nas ações, torná-lo coautor e participativo na educação em saúde visto que este também é portador de saberes¹⁵. Nesta prática o diálogo é o principal instrumento das ações.

Neste contexto, em setembro de 2012 teve início o projeto PET-Saúde NASF/PSE, que contava com estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, totalizando doze bolsistas, além dos profissionais do NASF, que atuavam como preceptores. A tutoria era compartilhada por dois professores do departamento de Fonoaudiologia da UFBA.

Inicialmente, foram realizados encontros entre bolsistas, preceptores e tutores para apresentação da proposta, pactuação de atividades e compromissos e compartilhamento de expectativas. A maioria dos estudantes, que frequentava do segundo ao sétimo semestre de seus cursos, não tinha vivenciado disciplinas práticas na APS, sendo que vários não conheciam a Estratégia Saúde da Família, o trabalho do NASF e tampouco outros programas que estavam relacionados ao trabalho neste contexto, como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE). Além disso, os estudantes relatavam não terem passado por qualquer prática interdisciplinar em suas formações, o que foi motivo de reflexão e crítica do grupo.

Já os preceptores traziam as incertezas do trabalho, que ainda se mostrava novo e desafiador, além de sinalizarem dúvidas referentes ao papel da preceptoria, pois também não tinham experiências prévias com o acompanhamento de estudantes no serviço. Ainda neste momento, os tutores compartilharam suas preocupações e perspectivas em relação ao grupo, que diziam respeito, principalmente, ao desafio da construção de práticas formadoras interdisciplinares e horizontais, pautadas na autonomia e na integração teoria-prática, voltadas tanto para os estudantes quanto para os próprios profissionais do NASF.

Desta forma, decidiu-se pela realização de novos encontros para discussão, estudo e organização do trabalho, valorizando-se processos voltados para a coesão do grupo e participação ativa de todos os envolvidos. Alguns temas foram abordados em seminários e rodas de conversa, tais como SUS, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Programa Saúde na Escola, dentre outros, dado o pouco conhecimento que alguns membros do grupo, tanto de estudantes quanto de profissionais, tinham acerca destas temáticas.

Paralelamente a estes encontros, os preceptores participavam de reuniões mensais com os demais preceptores envolvidos em outros grupos PET e alguns tutores, que tinham como objetivo discutir o papel do preceptor na formação dos estudantes nos serviços de saúde.

Após cerca de três meses de formação, decidiu-se por iniciar as atividades no campo. O grupo definiu que o objeto de sua ação seria determinado somente após a identificação das principais

necessidades observadas na realidade da população que era coberta pelas equipes de Saúde da Família, e para as quais o NASF fornecia apoio. Assim, foi construído um roteiro para realizar, de maneira breve, a análise da situação de saúde da população, a partir do olhar dos diferentes sujeitos que transitavam pela realidade da Estratégia Saúde da Família.

Para tanto, foram desenvolvidas oficinas com vistas à realização de uma Estimativa Rápida da situação de saúde do território coberto pelo Núcleo, orientadas por uma perspectiva estratégica de planejamento em saúde. Estas oficinas visavam à construção de um roteiro que tinha como objetivo subsidiar a análise sobre a situação de saúde do território, identificando os principais problemas e subsidiando um plano de ação¹⁶. Assim, foram levantados dados sobre a estrutura, capacidades e envolvimento da população; ambientes físico e sócio-econômico; disponibilidade de serviços de saúde, sociais, de educação, entre outros; e dados sobre a organização da ESF no território.

Foram definidos como informantes-chave profissionais das equipes de Saúde da Família, dentre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, alguns usuários do serviço, além de professores e diretores de uma das escolas públicas da região.

A partir da análise dos dados levantados pelo roteiro, constatou-se que a violência representava um importante problema no território analisado, gerando uma grande e complexa demanda para o serviço de saúde, havendo poucas ações dos profissionais das equipes de Saúde da Família voltadas para o enfrentamento da questão. Assim, tomou-se a temática da violência como eixo central das ações do PET, reconhecendo-se a necessidade do grupo construir articulações com outros setores que atuavam no território.

Estrategicamente buscou-se definir a abrangência do projeto, sendo decidido que o trabalho seria desenvolvido junto a uma das doze equipes de Saúde da Família cobertas pelo NASF à época. Esta equipe deveria estar localizada em uma região de alto índice de violência e ter disponibilidade para apoiar o desenvolvimento de ações relacionadas à temática definida pelo grupo. Após esta definição, foi realizada uma reunião com a equipe para apresentação do projeto, sendo postulado que as ações deveriam estar atreladas ao PSE, uma vez que este programa fazia parte da rotina de trabalho da equipe, e que as ações que vinham sendo desenvolvidas ainda eram incipientes.

Desta forma, buscou-se a escola de referência da equipe, e ações de promoção da saúde e prevenção da violência com crianças e adolescentes no âmbito escolar passaram a ser o foco da ação do PET.

Este processo inicial de planejamento estratégico das ações do PET representou uma importante inovação nas práticas de saúde dos profissionais do NASF, pois frequentemente eram instigados a refletir sobre a importância deste processo para o trabalho que desenvolvem cotidianamente, de forma que pudessem não apenas reconhecer as reais necessidades da população, mas, também, conforme aponta Paim¹⁷, desalienar seu próprio processo de trabalho e mobilizar vontades, o que

é fundamental para o trabalho no âmbito da ESF. Com isso, construía-se a primeira mudança a ser fomentada no processo de trabalho dos profissionais da equipe: o planejamento de ações a partir da análise da situação de saúde da população que cobriam.

Outro avanço importante foi a definição de uma temática necessariamente interdisciplinar e intersetorial, como é o caso da violência, que extrapolava o foco estritamente biológico que se dava aos problemas de saúde, demandando necessariamente uma análise sobre os determinantes sociais do processo.

Educação em saúde no âmbito escolar: avanços e desafios vivenciados

Em geral, as ações educativas comumente conduzidas pelos profissionais do NASF eram planejadas a partir do conhecimento que cada profissional possuía, de forma que informações fossem transmitidas verticalmente à população com vistas a mudanças de comportamentos, sem a realização de uma análise prévia das necessidades da população. Essa questão podia ser percebida também nas atividades que eram realizadas na escola, quando faziam palestras educativas voltadas para as crianças, em parceria com as equipes de Saúde da Família, conformando uma perspectiva educativa tradicional.

Após intensa problematização do grupo, propôs-se a adoção de uma perspectiva dialógica e participativa de educação em saúde, sensível às necessidades das pessoas a partir da compreensão que têm de sua situação de saúde, construindo um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença¹⁵, o que representava outra importante mudança nas práticas dos profissionais do NASF.

Para tal, reuniões foram realizadas com professores, coordenador pedagógico e direção da escola, de modo que as ações educativas a serem desenvolvidas fossem pactuadas a partir da compreensão da situação da escola e das crianças. Observou-se que, embora os profissionais tivessem alguma aproximação com a escola devido ao PSE, nunca tinham realizado tal pactuação, evidenciando pouco ou nenhum conhecimento sobre o cotidiano da escola, seus problemas e suas potencialidades. Esta questão evidencia o quanto a perspectiva educativa tradicional de transmissão de informações estava imbricada nas práticas dos profissionais da saúde.

Além disso, reconhece-se que a implementação do PSE, de forma geral, tem apresentado diversas dificuldades no que se refere à efetivação da intersectorialidade, tais como a centralidade na tomada de decisões, o desenvolvimento de trabalho e planejamento coletivo, a burocracia dos setores, a dificuldade de conciliação de agendas, o grande número de escolas, a dificuldade de aceitação de profissionais de outras áreas no cotidiano do trabalho, a rotatividade de representantes ou gestores e as diferentes concepções dos diversos atores sobre o programa^{18,19}, o que também contribuiu para a frágil relação estabelecida entre o NASF e a escola.

Para orientar os trabalhos, definiu-se que o projeto trabalharia com o conceito de violência enquanto um problema social complexo e multicausal²⁰, podendo ser caracterizado pelo uso da

força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, resultando, ou podendo resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação²¹.

Desta forma, não apenas a temática central da prática dos profissionais se ampliava, como também os métodos que passariam a ser utilizados. No lugar de palestras informativas, atividades participativas e lúdicas foram propostas com as crianças, sendo desenvolvidos dois grupos: o grupo da manhã trabalhava com pelo menos uma turma por ano, do primeiro ao quarto, e à tarde, formou-se um grupo de crianças que a escola identificava como em situação de violência de qualquer natureza, seja física, psicológica, sexual ou mesmo estrutural.

Foram realizados encontros para preparação pedagógica das oficinas, que incluíram momentos de levantamento das representações de violência das crianças e de realização de oficinas de Promoção da Saúde. Estas oficinas tinham como objetivo proporcionar espaços de valorização da vida humana e da cidadania, construindo espaços de proteção orientados pelo estabelecimento de relações comunicativas saudáveis, sendo esta uma premissa do subprojeto. Portanto, partiu-se do entendimento de que enfrentar a violência significa recuperar em cada espaço, no cotidiano, a competência de falar e agir que dá a todos a condição de sujeitos, explorando ao máximo as potencialidades interativas e criadoras da fala²².

As atividades desenvolvidas na escola eram regularmente discutidas e repactuadas entre os profissionais da escola, os alunos e os preceptores do NASF. Além disso, uma vez por mês eram realizadas reuniões gerais com todos os alunos bolsistas, preceptores e tutores, visando tanto dar prosseguimento à formação do grupo quanto discutir e avaliar as propostas e práticas realizadas. Em cada reunião era possível observar mudanças significativas no modo como os integrantes do Pet-Saúde se posicionavam frente às propostas de trabalho em sala de aula, sobretudo os profissionais do NASF.

Era possível notar nos alunos bolsistas dos cursos de saúde a crescente familiarização com a dinâmica da sala de aula, considerada como uma oportunidade única que, de modo geral, os cursos de graduação em saúde não possibilitam. Estes relatavam constantemente a importância de vivenciar, conhecer e refletir sobre a realidade do sistema educacional no qual os atores da comunidade escolar estavam inseridos e sobre as condições de saúde desta população. O trabalho com o PET possibilitava ao bolsista um olhar mais sensível que considerava os atores como sujeitos e não como simples objetos da ação. Além disso, eram cada vez mais capazes de propor ações mais articuladas intersetorialmente e que consideravam a realidade local e dos sujeitos.

Os temas de cada proposta e o tempo de duração eram discutidos e definidos em conjunto. Dentre os vários temas abordados destacaram-se a violência na escola, a sexualidade e o cuidado com o corpo. Em cada encontro com as crianças, e às vezes com os pais, era possível perceber que as atividades passaram a ser realizadas de modo menos verticalizado, com abordagens educativas cada

vez mais compartilhadas entre os participantes. O conhecimento tornava-se menos fragmentado, todos se responsabilizavam pelas atividades, revezando-se nos papéis, independente da formação profissional de cada um.

Outro aspecto importante observado em relação aos profissionais do NASF foi o papel do PET-Saúde na construção de uma relação ensino/aprendizagem no âmbito do serviço, na qual os profissionais diziam não compreender e ter dificuldades no começo. Com o desenvolvimento das atividades, os profissionais, ao mesmo tempo em que se colocavam no papel de educadores, transformavam suas práticas.

Portanto, a partir de uma perspectiva ampliada de enfrentamento da violência, verificou-se o esforço dos profissionais do NASF em conduzirem novas abordagens educativas no âmbito escolar, orientadas pela necessidade real do território em que atuam, e contando com o apoio de equipamentos intersetoriais na complexa tarefa de promover saúde e prevenir a violência. Esta questão corrobora a perspectiva de intersetorialidade apontada pela Política Nacional de Promoção da Saúde, uma vez que a experiência desenvolvida pelo NASF evidenciou um processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os NASF estejam em processo de consolidação na política de saúde brasileira, as práticas desenvolvidas pelos profissionais que atuam nestes Núcleos devem, necessariamente, corroborar a perspectiva da construção de um modelo de atenção integral à saúde das pessoas. Desta forma, as ações coletivas de Educação em Saúde voltadas para a Promoção da Saúde são fundamentais e devem fazer parte das atividades cotidianas do trabalho em saúde.

Entretanto, sabe-se das dificuldades que os profissionais que atuam nestes Núcleos enfrentam neste processo, sendo que parte delas pode ser atribuída à incipiente formação em Saúde Coletiva, ainda que outros fatores sejam também importantes. Assim, experiências de integração entre academia e serviço, como a apresentada neste artigo, devem ser fomentadas, considerando-se as mudanças observadas no objeto e nas atividades desempenhadas pelos profissionais, uma vez que a centralidade da doença deu lugar à amplitude do processo saúde-doença, e que houve a introdução de novas tecnologias no trabalho, como a análise da situação de saúde e o desenvolvimento de práticas educativas emancipatórias.

Estas mudanças possibilitaram o estabelecimento de espaços críticos para reflexão dos profissionais sobre si mesmos, enquanto agentes das práticas de saúde, e sobre o papel que exercem sobre a conformação dos modelos de atenção à saúde no SUS, fomentando a constituição de uma identidade transformadora para o NASF. Além disso, permitiram também a ampliação dos espaços

de atuação, a exemplo da escola, que passou a ser lugar privilegiado de Promoção da Saúde, trazendo novos horizontes e desafios para o trabalho no âmbito do NASF.

Por fim, destaca-se que durante o desenvolvimento do projeto observou-se uma preocupação da equipe em dar continuidade às ações desenvolvidas no PSE, mantendo o vínculo conquistado com a escola, que passou a demandar uma maior articulação com os profissionais da saúde. Com o apoio do PET as práticas de saúde passaram a ser desenvolvidas em conjunto com a escola e de modo periódico e planejado. Notou-se um estreitamento na relação e no diálogo entre os profissionais do NASF e a escola (diretores, coordenadores, professores e comunidade), fato que aponta para a necessidade de uma constante construção de novas práticas, configurando uma importante contribuição para a mudança do modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 mar. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acessado em: 17/10/2014.
2. Freitas PH, Colomé JS, Carpes AD, Backes DS, Beck CLC. Repercussões do pet-saúde na formação de estudantes da área da saúde. Esc. Anna Nery. 2013; 17(3): p. 496-504.
3. Caldas JB, Lopes ACS, Mendonça RD, Figueiredo A, Lonts JGA, Ferreira EF, *et al.* A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde. Rev. bras. educ. med. 2012; 36(1): p. 33-4.
4. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2a ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.
5. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 353-72.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em: 20/07/2014.
7. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. Psicol. Soc. 2013; 25(2): p.461-68.
8. Costa LS, Alcântara LM, Alves RS, Lopes AMC, Silva AO, Sá LD, *et al.* A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. CoDAS. 2013; 25(4): p. 381-7.
9. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à

Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4): p. 1167-87.

10. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. mov.* 2010; 23(2): p. 323-30.

11. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: Paim JS, Almeida-Filho, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 287-301.

12. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf. Acesso em Abr. 2015.

13. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): p. 21-3.

14. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*. 2000; 5(1): p. 163-77.

15. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*. 2005; 9(16): p. 39-52.

16. Acurcio FA, Santos MA, Ferreira SM. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 87-110.

17. Paim JS. Planejamento de saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2006. p.767-82.

18. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

19. Ferreira I, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*. 2014; 19(56), 61-76.

20. Minayo MCS. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. *Impacto da Violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-33.

21. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.

22. Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado P. Projeto Meninos do Rio. Mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1), p. 39-48.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2446 de 11 de novembro de 2014. atualizar

a Política Nacional de Promoção da Saúde e incrementar as ações de promoção da saúde no território, bem como garantir sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Brasil, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em Abr. 2015.

Artigo apresentado em: 11/05/2015

Artigo aprovado em: 11/07/2015

Artigo publicado no sistema em: 15/07/2015