

Conexão-Saúde:

O protagonismo de universitários
em comunidades populares

Fabiana Coelho Faroni
Raquel Baroni de Carvalho
Roseane Vargas Rohr
Organizadoras



A produção gráfica deste livro foi realizada em uma oficina ministrada pela Fluxo art.e.comunicação realizada na sede do Conexões de Saberes - Ufes e no estúdio da Fluxo.

Este livro foi composto em Arno Pro,
Humanist 777 e Timeless

Organizadoras

Fabiana Coelho Faroni
Raquel Baroni de Carvalho
Roseane Vargas Rohr

Conexão-Saúde:

O protagonismo de universitários em
comunidades populares



**Vitória
2013**

Reitor | Reinaldo Centoducatte

Vice-Reitor | Maria Aparecida Santos Correa Barreto

Superintendente de Cultura e Comunicação | Ruth de Cássia dos Reis

Secretário de Cultura | Orlando Lopes Albertino

Coordenador da Edufes | Washington Romão dos Santos

Secretária do Conselho Editorial | Fernanda Scopel Falcão

Conselho Editorial

Cleonara M. Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça,

Giancarlo Guizzardi, Gilvan Ventura da Silva,

Glícia Vieira dos Santos, José Armínio Ferreira,

Maria Helena Costa Amorim,

Sandra Soares Della Fonte, Sergio Henriques Saraiva,

Wilberth Claython Ferreira Salgueiro

Revisão | Regina Gama e Tânia Canabarro

EDUFES - Editora da Universidade Federal do Espírito Santo

Avenida Fernando Ferrari, 514 - CEP 29075-910 - Goiabeiras Vitória - ES

Tel.: (27) 3335-7852 ediufes@yahoo.com.br livrariaufes@npd.ufes.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C747

Conexão-saúde : o protagonismo de universitários em comunidades populares / Fabiana Coelho Faroni, Raquel Baroni de Carvalho, Roseane Vargas Rohr (organizadoras). – Vitória, ES : EDUFES, 2013.

140 p.

ISBN: 978-85-7772-129-0

1. Relações comunidade - Intuição. 2. Educação em saúde. 3. Saúde pública. I. Faroni, Fabiana Coelho. II. Carvalho, Raquel Baroni de. III. Rohr, Roseane Vargas.

CDU:614

Organizadoras

Fabiana Coelho Faroni (Enfermeira; ex-bolsista do Programa Conexões e Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES)

Raquel Baroni de Carvalho (Odontóloga, Doutora em Odontologia Social; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES)

Roseane Vargas Rohr (Enfermeira; Especialista em Enfermagem do Trabalho; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES)

Professores do Projeto

Cândida Caniçali Primo (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde e Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES)

Mariana Rabello Laignier (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde do Trabalhador, Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde e Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES)

Acadêmicos Projeto Conexões Saúde

Cláudio Henrique Viana Leite - Edgar Andrade Lisboa - Fabiana Coelho Faroni - Jaqueline Grassi Alves - Kássio Carvalho Antunes - Lidyane Nunes Pantoja - Lorena Maria Nardi - Mariana Amaral Stein - Mayra Rodrigues - Núbia Milanez - Paolla Gabrielle Nascimento Novais - Poliana Lourenço Souza - Polyana Ferreira Soares - Priscila Santos da Rosa - Priscilla Leite Nunes - Rainer Nielsen Soares - Renata Garcia de Oliveira - Renato Camilo Pella - Tatiana Rodrigues do Amaral - Thiago Aliprandi Lima - Viviany Abreu de Souza

Revisão

Fabiana Coelho Faroni - Mariana Rabello Laignier - Oto Jairo Lopes Vargas - Raquel Baroni de Carvalho - Samira Colombi

Capa e Projeto Gráfico

Fluxo art.e.comunicação

Ilustrações

Fernanda Freitas

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à DEUS, Senhor da vida e mentor de nossas idéias e inteligência.

Ao Programa Conexões de Saberes por contribuir para a realização desta conquista.

A nossos pais, responsáveis e às pessoas que colaboraram com a nossa vivência e que oportunizaram por meio de seu apoio e amor incondicional a prosseguir sem olhar para trás e a superar nossos limites.

A nossos irmãos, amigos e nossa família que fazem a diferença na cumplicidade e amizade que nos prestam sempre.

Às comunidades por onde estivemos que colaboraram em grande intensidade para nossa formação acadêmica, pessoal e ética.

Ao coordenador do Programa, prof. Cléber Carminatti.

A todos da oficina do livro, em especial, Luciano dos Reis Frizzera, que viabilizaram este sonho tornando-o possível.

Enfim, nosso sincero agradecimento ao pioneiro Conexão-Saúde por nos auxiliar a aliar a práxis acadêmica à história de vida de cada pessoa das comunidades populares.

Participantes do Projeto Conexão-Saúde

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser. Mas, graças a DEUS, não somos o que éramos. (Martin Luther King)

SUMÁRIO

Apresentação	15
Conexão-Saúde: ampliação dos espaços de aprendizado para fortalecer o processo de formação em saúde	19
Jornadas do projeto Conexão-Saúde: uma integração ensino-serviço-comunidade	31
Política nacional de humanização: compreensão, compromisso e cuidado — um novo processo de produção de saúde	45
Um olhar diferenciado sobre a formação profissional em saúde	63
A gravidez e seus desafios para uma adolescente de origem popular	81
Alcoolismo: despertando universitários para a relevância do tema	101
Estudantes universitários e o envelhecer da população: provocar encontros e discussões no processo de formação em saúde	119

APRESENTAÇÃO

O programa Conexões de Saberes — diálogo entre a Universidade e as comunidades populares, implantado pelo Ministério da Educação e Cultura / Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – MEC/SECAD iniciou suas atividades em 2004.

Na Universidade Federal do Espírito Santo — UFES, o programa foi instalado em julho de 2005, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão. O programa contou com bolsistas de diversos cursos como matemática, economia, enfermagem, farmácia, odontologia, medicina, ciências sociais, serviço social, artes plásticas e visuais, história, biblioteconomia, letras-português, educação física, psicologia e estatística.

O projeto Conexão-Saúde, que integra o programa Conexões de Saberes, surgiu em abril de 2006 visando interagir, construir e conectar saberes entre a universidade e as comunidades populares. Com foco na promoção da saúde, o projeto tinha por objetivo o desenvolvimento de ações educativas junto à população residente nos municípios da Grande Vitória, com o envolvimento dos principais atores no processo de cuidado em saúde, buscando uma atuação interdisciplinar dos acadêmicos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES envolvidos no projeto.

Justificado pela necessidade de proporcionar experiências de aprendizado aos estudantes junto a comunidades populares, o projeto de extensão Conexão-Saúde trabalha integrando professores universitários, profissionais dos serviços de saúde, acadêmicos dos cursos de

enfermagem, farmácia, medicina e odontologia, envolvidos no projeto, e a comunidade em geral.

Considerando que as atividades desenvolvidas no projeto, desde a sua implantação, tiveram um impacto positivo tanto na estrutura do programa como também na formação dos acadêmicos envolvidos com o projeto, surgiu a idéia de registrar a história do Projeto Conexão-Saúde, relatando algumas experiências dos conexas nesta obra.

Os capítulos aqui apresentados, elaborados a partir de vivências dos acadêmicos junto às comunidades populares, possibilitaram uma nova experiência aos universitários no âmbito da formação acadêmica e pessoal, proporcionando conhecimentos científicos e populares, em uma interação única.

Nos artigos foram abordados temas relevantes como a gravidez na adolescência, alcoolismo, envelhecimento, Política Nacional de Humanização e integração ensino-serviço-comunidade.

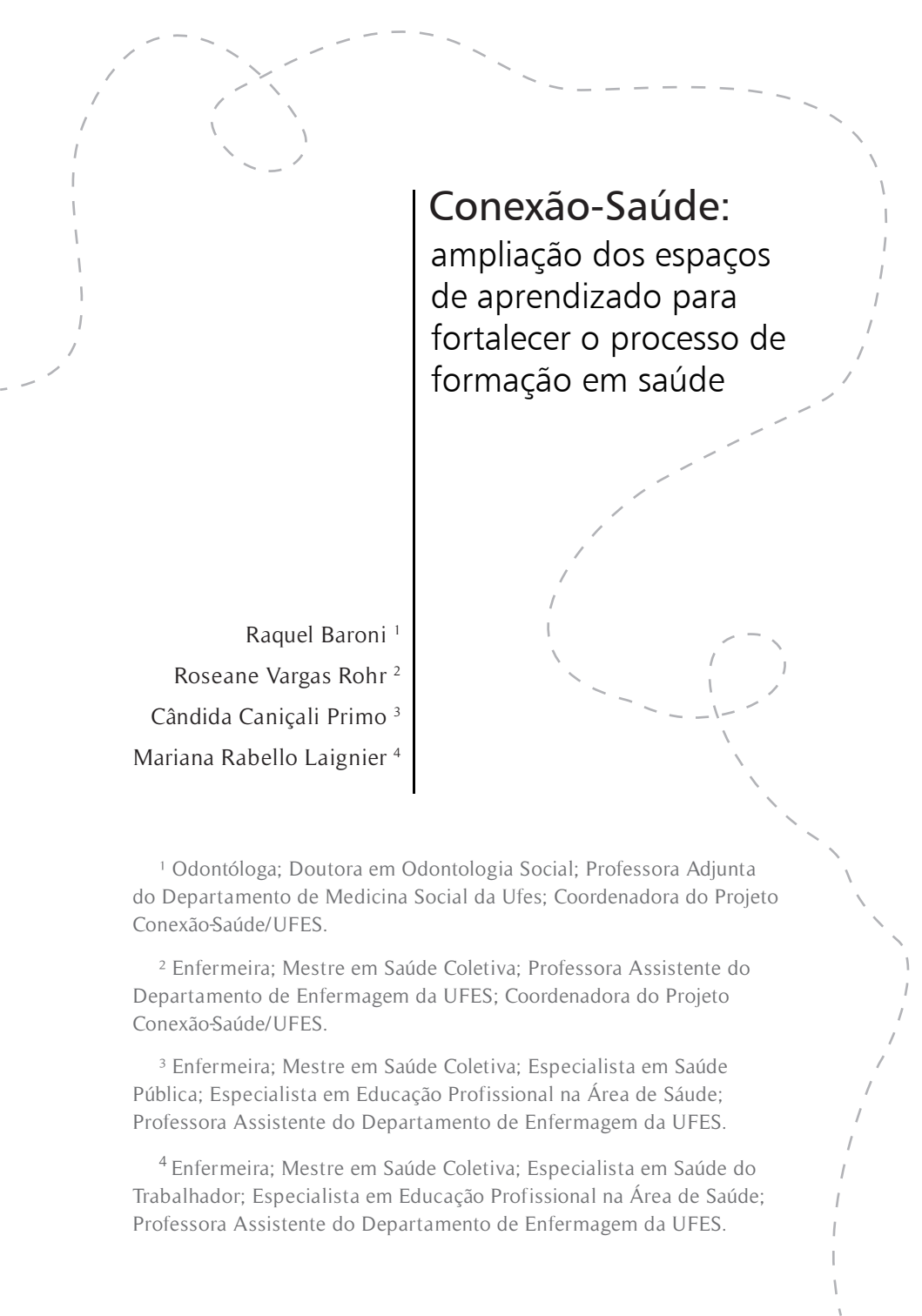
Dessa forma, o projeto Conexão-Saúde vem possibilitando aos acadêmicos uma maior integração em ações de promoção à saúde em comunidades populares, além de ser um espaço singular de convivência e troca de experiências entre acadêmicos dos diferentes cursos do CCS.

Por fim, o trabalho nas comunidades populares, através das ações do projeto Conexão-Saúde, permite aos acadêmicos identificar as relações entre o conhecimento popular e o científico para promover a saúde da população, desenvolvendo competências e tornando-se sujeitos ativos no processo de mudança e transformação social.

Raquel Baroni de Carvalho

Roseane Vargas Rohr

Coordenadoras do projeto Conexão-Saúde



Conexão-Saúde: ampliação dos espaços de aprendizado para fortalecer o processo de formação em saúde

Raquel Baroni ¹

Roseane Vargas Rohr ²

Cândida Caniçali Primo ³

Mariana Rabello Laignier ⁴

¹ Odontóloga; Doutora em Odontologia Social; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Ufes; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Especialista em Saúde Pública; Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES.

⁴ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Especialista em Saúde do Trabalhador; Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES.



A decorative graphic consisting of a dashed line that starts on the left, curves upwards and to the right, then loops back down and to the left, ending in a spiral pattern on the right side.

INTRODUÇÃO

O programa Conexões de Saberes — diálogo entre a universidade e as comunidades populares, implantado pelo Ministério da Educação e Cultura / Secretaria de Educação Continuada, alfabetização e diversidade – MEC/SECAD iniciou suas atividades no final de 2004 em cinco universidades brasileiras. A partir de junho de 2005 foi estendido para outras nove universidades e em 2006, ampliado para mais 18 universidades, totalizando em 2007, 32 universidades envolvidas na proposta.

O programa é desenvolvido em parceria com o Observatório de Favelas do Rio de Janeiro, que adota esta metodologia desde 2002, e busca a permanência e a participação protagonista do estudante de origem popular na vida universitária, na produção de conhecimento sobre sua realidade de estudo e de moradia, além de criar condições para a transformação institucional da universidade.

Na Universidade Federal do Espírito Santo — UFES, o programa foi instalado em julho de 2005, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão, e conta com bolsistas de diversos cursos como matemática, economia, enfermagem, farmácia, odontologia, medicina, ciências sociais, serviço social, artes plásticas e visuais, história, biblioteconomia, letras português, educação física, psicologia e estatística.

Em 2006, bolsistas e voluntários dos cursos da área da saúde da UFES desenvolveram uma “Jornada de Saúde” em parceria com o en-

fermeiro coordenador do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do bairro de Flexal II do município de Cariacica-ES com ações educativas em saúde direcionadas à comunidade desse bairro. O sucesso da ação motivou os acadêmicos do projeto a realizarem outras ações semelhantes, e a partir desta atividade, o grupo foi adquirindo uma identidade própria, surgindo o projeto Conexão-Saúde.

O projeto Conexão-Saúde, que integra o programa Conexões de Saberes, visa interagir, construir e conectar saberes entre a universidade e as comunidades populares. Com foco na promoção da saúde, o projeto propõe o desenvolvimento de ações educativas junto à população residente nos municípios da Grande Vitória, com o envolvimento dos principais atores no processo de cuidado em saúde, buscando uma atuação interdisciplinar dos acadêmicos envolvidos no projeto.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde — OMS, o conceito de saúde é relacionado a um estado de completo bem-estar, tanto no âmbito físico, como mental e social, sendo um conceito ainda muito utilizado na atualidade. Entretanto, diversos autores vêm apontando que saúde não é um estado, mas um contínuo movimento. Smeltzer e Bare (2005; p. 6) apontam, “ao visualizar a saúde e a doença como um *continuum* de saúde-doença, é possível considerar uma pessoa como não tendo saúde completa nem doença completa”. As autoras defendem um conceito de saúde-doença atrelado a um constante movimento, e que se pensarmos no conceito da OMS, um indivíduo com uma doença crônica, por exemplo, jamais conseguiria atingir os padrões estabelecidos por essa definição de saúde.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação entre saber científico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

De acordo com Tavares (2005), promoção da saúde é um movimento permanente da Saúde Pública ou Coletiva, na busca da saúde, exatamente nas relações entre os corpos/mentes doentes e a socieda-

de, para a partir daí, constituírem objeto de intervenções transformadoras.

Justificados pela necessidade de proporcionar experiências de aprendizado aos estudantes do Centro de Ciências da Saúde (CSS) da Universidade Federal do Espírito Santo junto a comunidades populares, o Projeto Conexão-Saúde trabalha integrando professores universitários, profissionais dos serviços de saúde, acadêmicos dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina e odontologia, envolvidos no projeto e a comunidade em geral.

A formação do estudante deve ser centrada no caráter social do processo ensinar-aprender, preconizando o aluno como ser histórico e agente de transformações sociais. De acordo com Freire (2002), a verdadeira educação tem que partir de uma prática de liberdade na qual o educando pode participar livremente, expondo suas idéias a partir do seu mundo, do seu contexto de vida, do seu conhecimento prévio e que isso aconteça num diálogo entre o educador e o educando e não apenas como num monólogo.

A necessidade do domínio de conhecimentos científicos gerais para a participação crítica na sociedade é reconhecida e valorizada, assim como é, também, a adequação pedagógica às características requeridas de um futuro profissional. Esse como um cidadão que pensa e que sabe o valor social e formativo dos conceitos e dos procedimentos da área, bem como das atitudes e comportamentos necessários para a atenção integral à saúde em seus diferentes níveis.

O Ministério da Educação estabelece diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de saúde estabelecendo algumas competências como a tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, não podendo esquecer da educação permanente e da atenção à saúde no campo da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto no nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2002).

Além disso, a formação dos profissionais de saúde deve articular o ensino à prática social, aproximando o estudante dos reais problemas da população brasileira, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e

ampliando as possibilidades de aprendizado, garantindo o desenvolvimento de atividades complementares.

Conforme proposto nas Diretrizes Curriculares, os Cursos de enfermagem, odontologia, farmácia e medicina do Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFES) tentam proporcionar aos seus estudantes espaços e tempo para estudos, pesquisas, trabalhos comunitários, reflexões e discussões sobre a importância de ressignificação dos conceitos e dos modelos de saúde para a estruturação de um referencial teórico que repense as atuais concepções de pessoa, de sociedade, de ambiente, de mundo, de tecnologia e dos modelos de saúde.

Docentes que integram o CSS disponibilizam aos seus acadêmicos oportunidades de participação em projetos de extensão e pesquisa, concedendo bolsas que possibilitem a esses jovens ampliarem suas experiências no processo de formação. Além disso, o Ministério da Saúde vem investindo na mudança do processo de formação em saúde, com vistas a aproximar a rede de serviços e de ensino, por meio de projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), propondo mudanças na estrutura curricular, integrando conteúdos, saberes e práticas. Em 2006, os cursos de odontologia e enfermagem da UFES foram contemplados com este projeto governamental, representando um marco importante no CCS, estabelecendo novas perspectivas de integração no processo de formação em saúde.

Entretanto, muitos projetos em desenvolvimento não possibilitam a aproximação de estudantes de diferentes áreas do conhecimento atuando junto à comunidade numa perspectiva de promoção da saúde pautada na educação popular em saúde. O projeto Conexão-Saúde é uma das poucas oportunidades do CCS que aproxima acadêmicos dos cursos de enfermagem, odontologia, farmácia e medicina, possibilitando uma prática interdisciplinar que desenvolve a competência de trabalho em equipe, fundamental para a atuação no campo da saúde na atualidade.

Nesse sentido, a realidade da comunidade deve ser o ponto de partida para o levantamento de problemas e propostas de estudos e projetos para esclarecê-los e realizar intervenções, na perspectiva de

relacionar teoria e prática, objetividade e subjetividade, transformando o sujeito que aprende e o sujeito que ensina, conciliando as necessidades dos clientes e de sua família, bem como de sua comunidade (BRASIL, 2002).

O CAMINHO JÁ PERCORRIDO

Entre 2006 e 2007, o projeto Conexão-Saúde contou com a participação de 27 acadêmicos dos cursos de enfermagem, odontologia e farmácia, sendo 11 bolsistas e 16 voluntários. A participação de um grande número de voluntários reflete o interesse do estudante universitário em buscar novos espaços de aprendizado, articulando o ensino à prática social.

Entre as atividades desenvolvidas, destacamos as oficinas que representam espaços de vivência, integrando acadêmicos do Conexão-Saúde com os demais bolsistas do programa Conexões de Saberes, possibilitando um contato maior entre o estudante da área da saúde com estudantes dos demais cursos. Merecem destaque as oficinas de Leituração (20 h), Práticas Pedagógicas (20 h), Hip Hop (20 h), Sexualidade (18 h), Formação em Políticas (20 h), Práticas Políticas (20 h), além das oficinas específicas para os acadêmicos do Conexão-Saúde sobre diagnóstico situacional de saúde, territorialização e educação permanente em saúde, todas ministradas por profissionais competentes em suas respectivas áreas de atuação.

Também foram desenvolvidos Grupos de Trabalho (GT's) para leitura e discussão de artigos de relevância para a saúde, sendo trabalhado o material produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz para o curso de facilitadores em educação permanente em saúde e outros artigos.

Outra atividade desenvolvida pelos acadêmicos foi a apresentação do relato de experiência do projeto em eventos como a 27ª Con-

venção Capixaba de Enfermagem, realizada em maio de 2007 pela Associação Brasileira de Enfermagem ABEn-ES, a Feira de Extensão Universitária, promovida pela Pró-Reitoria de Extensão da UFES — Proex e o Seminário de Atenção Básica, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES.

Os alunos também tiveram participação ativa nos seguintes eventos específicos do Programa Conexões: I Seminário Universitário de Políticas de Ações Afirmativas e Inclusão Social – UFES, II Seminário Nacional do Programa Conexões de Saberes: diálogos entre a universidade e as comunidades populares – UFRJ, II Seminário Universitário de Políticas de Ações Afirmativas e Inclusão Social – UFES.

Uma atividade que marcou o início do projeto e que vem sendo mantida pelos acadêmicos são as Jornadas de Saúde, espaços importantes de aprendizado que possibilitam o contato direto com a comunidade no atendimento a algumas demandas de saúde. Ao todo foram realizadas 12 Jornadas de Saúde, sendo 7 em Cariacica - ES (3 em Flexal II, 2 em Bela Aurora, 1 em Nova Canaã, 1 em Porto de Santana), 1 em Vila Velha - ES (Cobilândia), 3 em Vitória - ES (Horto de Maruípe, Bairro da Penha e Bairro de Fátima) e 1 no Rio de Janeiro - RJ durante o II Seminário Nacional do Conexões em 2006. Durante as jornadas foram realizadas as seguintes atividades: aferição de pressão arterial; medidas antropométricas para verificação do Índice de Massa Corporal — IMC; orientação quanto ao estilo de vida, prevenção e fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes; revelação de placa e escovação orientada; atividades educativas com orientação sobre prevenção da cárie e prevenção do câncer de boca. Os atendimentos foram registrados em fichas estruturadas pelo projeto Conexão Saúde, atingindo aproximadamente 4000 pessoas atendidas em todas as jornadas.

Em 2007, foi traçada uma proposta de integração maior com o entorno do CCS, sendo que após reuniões com técnicos da Coordenação de Educação em Saúde da SEMUS, foi definida a Unidade de Saúde de Maruípe, Vitória - ES. Após reunião com a coordenação e técnicos da unidade, foram identificadas as demandas e propostas algumas ações. Foram estabelecidos quatro grupos de trabalho para

atuarem nas seguintes demandas apresentadas pela unidade: Grupo 1 – Desenvolvimento de um trabalho educativo com gestantes do território; Grupo 2 – Participação nas ações do Sorria Vitória da unidade; Grupo 3 – Desenvolvimento de oficinas educativas sobre o adolescente trabalhador na jornada ampliada de uma escola do território e no projeto ODOMODÊ; Grupo 4 – Trabalho educativo na escola Orlandina D’Almeida Lucas envolvendo a sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, em parceria com a referência técnica da SEMUS, a psicóloga e a enfermeira da unidade de saúde. Algumas situações dificultaram a execução de determinadas atividades propostas, entre as quais destacamos o não comparecimento das gestantes às oficinas programadas, a evasão de alguns voluntários do projeto, a interrupção de pagamento das bolsas dos alunos no programa por um período específico e a própria dinâmica dos serviços envolvidos.

O projeto Conexão-Saúde vem possibilitando aos acadêmicos uma maior integração em ações de promoção à saúde em comunidades populares além de ser um espaço singular de convivência e troca de experiências entre acadêmicos dos diferentes cursos do CCS.

Estas ações são importantes para que o universitário se comprometa com o desenvolvimento de projetos que visem a sua formação pessoal e coletiva, na perspectiva de preservar o desejo de conhecer-saber sobre suas possibilidades de atuação no processo saúde/doença da comunidade em que está inserido e seus determinantes sociais, históricos, econômicos e políticos para propor intervenções necessárias e adequadas a esta clientela.

É importante ressaltar que o projeto cria condições para que o futuro profissional de saúde tenha conhecimento da realidade social, política, ambiental e econômica da sua comunidade popular, permitindo identificar a problemática na área da saúde, uma vez que doenças de natureza infecciosa e parasitária estão associadas a problemas de saneamento, enquanto outras enfermidades estão relacionadas à urbanização, à industrialização e à degradação psíquica, social e ambiental.

Outro ponto importante é que o projeto Conexão-Saúde promove o desenvolvimento do espírito humanitário, crítico e reflexivo

e cria oportunidades para o exercício da responsabilidade individual, social e ambiental, uma vez que, o aluno participa de equipes interdisciplinares e multiprofissionais para realizar as atividades propostas.

Por fim, o trabalho desenvolvido nas comunidades populares, por meio de ações do projeto, permite ao acadêmico identificar as relações entre o conhecimento popular e o científico, compreendendo os modos de adoecimento e vida da população. A partir disso, desenvolve competências para enfrentar a realidade atual, tornando-se um protagonista no processo de mudança e transformação social.

REFERÊNCIAS

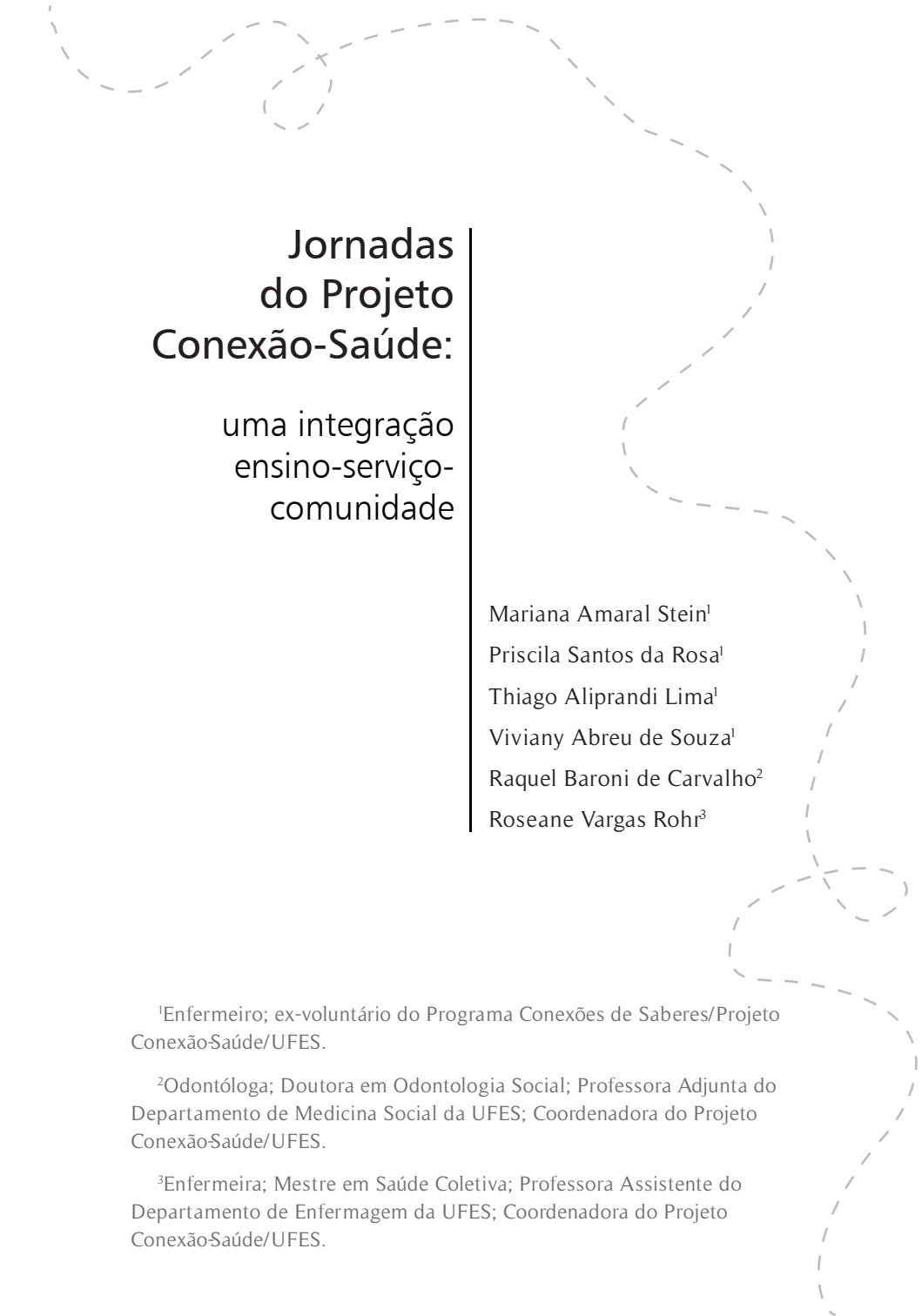
BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação*. 2002. Disponível em: < www.mec.gov.br >. Acesso em: 15 mar. 2008.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 mar. 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Prestação de cuidados de saúde e prática de enfermagem. In: _____ *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TAVARES, M. F. L. Promoção de saúde: a negação da negação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

A decorative dashed line graphic that starts at the top left, loops around, and continues down the right side of the page, ending at the bottom right. It has a fluid, organic shape.

Jornadas do Projeto Conexão-Saúde:

uma integração
ensino-serviço-
comunidade

Mariana Amaral Stein¹

Priscila Santos da Rosa¹

Thiago Aliprandi Lima¹

Viviany Abreu de Souza¹

Raquel Baroni de Carvalho²

Roseane Vargas Rohr³

¹Enfermeiro; ex-voluntário do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

²Odontóloga; Doutora em Odontologia Social; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

UFES





INTRODUÇÃO

São várias as demandas a serem supridas nas comunidades populares brasileiras e uma delas é a saúde que de acordo com a Organização Mundial da Saúde — OMS é um estado de completo bem-estar, tanto no âmbito físico, como mental e social, sendo um conceito ainda muito utilizado na atualidade. Entretanto, diversos autores vêm apontando que saúde não é um estado, mas um contínuo movimento da vida. Smeltzer & Bare (2005; p. 6) apontam “ao visualizar a saúde e a doença como um *continuum* de saúde-doença, é possível considerar uma pessoa como não tendo saúde completa nem doença completa”. As autoras defendem um conceito de saúde-doença atrelado a um constante movimento, e que se pensarmos no conceito da OMS, um indivíduo com uma doença crônica jamais conseguiria atingir os padrões estabelecidos por essa definição de saúde.

Então, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação entre saber científico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

De acordo com Tavares (2005), promoção da saúde é um movimento permanente da Saúde Pública ou Coletiva, na busca da saúde exatamente nas relações entre os corpos/mentes doentes e a sociedade.

de, para a partir daí, constituírem objeto de intervenções transformadoras.

Justificado pela necessidade de atender algumas demandas de saúde da população, bem como proporcionar experiências de aprendizado aos estudantes do Centro de Ciências da Saúde (CSS) da UFES, o Projeto Conexão-Saúde trabalha integrando profissionais dos serviços de saúde, acadêmicos envolvidos no projeto e a comunidade.

Ou seja, o projeto tem o propósito de fornecer às comunidades populares da Grande Vitória informações sobre o cuidar em saúde, por meio de orientações em relação à hipertensão, diabetes, hábitos saudáveis de vida e promoção da saúde bucal. Dessa forma, este trabalho relata a experiência dos acadêmicos inseridos no Projeto Conexão-Saúde, no desenvolver das jornadas de saúde realizadas no período de maio a dezembro de 2006 nos municípios de Cariacica, Vila Velha e Vitória, Estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

As jornadas de saúde foram organizadas para atender às comunidades residentes próximas aos respectivos serviços que sediaram a ação. O enfermeiro coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS de Flexal II (Cariacica-ES) realizou contato com um dos conexas propondo uma ação integrada. A participação nas jornadas realizadas em Vila Velha-ES e em Vitória-ES ocorreu a partir de convites ao Programa Conexões de Saberes.

Foram realizadas oito Jornadas de Saúde, sendo seis no município de Cariacica-ES (três no bairro Flexal II, duas no bairro Bela Aurora e uma no bairro Nova Canaã), uma no município de Vila Velha-ES (Cobilândia) e uma em Vitória (Bairro da Penha).

As jornadas atingiram um público alvo de 4004 pessoas, in-

cluindo crianças e adolescentes, adultos e idosos. Durante as jornadas foram realizados atendimentos de enfermagem e de odontologia, sendo que os alunos desenvolveram as seguintes ações: aferição de pressão arterial, verificação de medidas antropométricas para identificação do Índice de Massa Corporal — IMC, orientação quanto a hábitos saudáveis e estilo de vida, orientação sobre os fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes. Também foram realizadas ações voltadas para a saúde bucal, como revelação de placa bacteriana e escovação orientada; atividades educativas com orientação sobre prevenção da cárie e do câncer de boca.

Os atendimentos foram realizados por acadêmicos dos cursos de enfermagem, farmácia e odontologia, bolsistas e voluntários envolvidos no projeto, e registrados em fichas estruturadas pelo Projeto Conexão-Saúde, demonstrada nos anexos I e II.

JORNADAS EM FLEXAL II, CARIACICA - ES

A primeira jornada em Flexal II, Cariacica-ES, aconteceu nos dias 6 e 7 de maio de 2006, com a realização de diversos atendimentos em Saúde. Contando com o espaço físico da Escola Estadual Martim Lutero, foi possível agregar o trabalho de uma grande equipe de profissionais e voluntários composta por um enfermeiro e um pedagogo, 28 acadêmicos de enfermagem, 2 acadêmicos de odontologia e outros 10 colaboradores.

Nesse evento foram realizadas aferição de pressão arterial, teste de glicemia capilar e orientações, totalizando 350 atendimentos num espaço físico amplo e estruturado. A jornada obteve sucesso e o número de pessoas que procuraram o serviço superou as expectativas.

Os acadêmicos de odontologia fizeram uma atividade educativa utilizando um álbum seriado sobre saúde bucal, sendo um atrativo para as crianças que estavam no local acompanhando seus pais.

Grande parte da população atendida tinha poucas informações sobre as doenças que os acometiam. Os pacientes já diagnosticados com hipertensão e diabetes disseram ter dificuldades em seguir o tratamento, além de não conseguirem fazer uma dieta apropriada à sua condição de saúde. Muitos usuários dos serviços de saúde relataram falta de medicação e assistência na sua comunidade. A grande maioria relatou não praticar atividade física regularmente devido à falta de tempo em decorrência da carga horária de trabalho.

No dia 8 de julho de 2006, houve um retorno à comunidade de Flexal II. Com o apoio da Igreja Wesleyana do bairro, foi possível realizar uma nova jornada de atendimentos, porém de maneira mais direcionada, priorizando hipertensos e diabéticos cadastrados na jornada anterior, bem como seus familiares. Os pacientes atendidos anteriormente, com hipertensão e diabetes, foram orientados a comparecerem nessa jornada, acompanhados de seus familiares, para que fosse possível realizar uma abordagem mais específica à família em virtude da importância da investigação dos fatores de risco. Um total de 4 acadêmicos de enfermagem e 7 colaboradores realizaram 713 aferições de pressão arterial, sendo que destes, 428 pacientes atendidos relataram apresentar hipertensão e diabetes. O evento contou com bom espaço físico, recursos humanos e material suficientes. O cadastro feito na jornada anterior e a atuação dos agentes comunitários de saúde favoreceram o retorno dos moradores e o comparecimento de seus familiares.

Em 15 de julho do mesmo ano ocorreu a terceira jornada em Flexal II e dessa vez atendeu também os moradores dos bairros vizinhos. Sete acadêmicos de enfermagem, 2 de odontologia e 20 colaboradores prestaram 868 atendimentos ao total. Com um grande número de pessoas a serem atendidas e um pequeno número de acadêmicos, houve demora no atendimento e conseqüente tumulto no local.

Fez-se aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de dados antropométricos para cálculo do IMC, orientação quanto ao estilo de vida e prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, revelação de placa dental bacteriana e escovação orientada, prevenção da cárie com atividade educativa para as crianças e exame para prevenção do câncer de boca.

JORNADA EM COBILÂNDIA, VILA VELHA - ES

Ocorrida no dia 12 de junho de 2006, na Igreja Batista do bairro Cobilândia, a segunda Jornada de Saúde do projeto proporcionou aos participantes a realização de aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de medidas antropométricas, orientação quanto ao estilo de vida saudável, prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, revelação de placa e escovação orientada, prevenção da cárie com atividade educativa para as crianças e exame para prevenção do câncer de boca em adultos, totalizando de 350 atendimentos.

Paralelamente a esses atendimentos, ocorreram no local atividades sociais como aconselhamento jurídico, corte de cabelo, atividades de lazer e outras. Esses tipos de atividades são de grande importância, pois integram aspectos fundamentais de cidadania, melhoram a autoestima, sem contar que muitas vezes esquecemos que saúde também significa a capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e vivenciar o que está ocorrendo ao nosso redor, entendendo os momentos da vida nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

JORNADAS EM BELA AURORA, CARIACICA - ES

Realizada na praça próxima à Unidade de Saúde (US) de Bela Aurora, a primeira Jornada de Saúde do bairro ocorreu no dia 2 de agosto do ano 2006 e teve a participação de 15 acadêmicos de enfermagem e 15 colaboradores. Foram realizados 648 atendimentos incluindo aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de medidas antropométricas, orientação quanto ao estilo de

vida e prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes melitus. Exames preventivos nas mulheres da comunidade local foram realizados pelo enfermeiro da US. Essa Jornada teve apoio do Cariacica em Ação, Programa de Hipertensão e Diabetes, que disponibilizou todos os materiais necessários. Houve também atendimento médico no local com o comparecimento de um grande número de moradores.

No dia 12 de outubro de 2006, ocorreu a segunda Jornada de Saúde do bairro. Com uma infraestrutura adequada, os atendimentos foram feitos dentro e nas proximidades da Igreja Batista do bairro de Bela Aurora. Com uma grande disponibilidade de espaço físico e materiais, a Jornada contou também com o apoio dos agentes comunitários, que colaboraram na divulgação do evento e na organização no dia das atividades.

Estiveram presentes nesse evento um enfermeiro, um pedagogo, 7 acadêmicos de Enfermagem, 1 acadêmico de Farmácia, 5 acadêmicos de Odontologia e 5 colaboradores. A Igreja Batista disponibilizou o glicosímetro com fitas-teste e o espaço físico, sendo ambos suficientes para atender a demanda.

A comunidade teve acesso aos serviços de aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de medidas antropométricas para cálculo do IMC, orientação quanto ao estilo de vida e prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes melitus, revelação de placa e escovação orientada, prevenção da cárie com atividade educativa para as crianças e exame para prevenção do câncer de boca em adultos, totalizando 608 atendimentos. Além desses atendimentos, estavam disponíveis para a comunidade informações do Serviço Social, corte de cabelo e atividades de lazer.

JORNADA EM NOVA CANAÃ, CARIACICA - ES

No dia 23 de setembro de 2006 foi realizada mais uma Jornada de Saúde, após um excelente trabalho de divulgação feito pelos agen-

tes comunitários locais. O evento ocorreu nas dependências da US de Nova Canaã, contando com a participação de 15 acadêmicos de Enfermagem, 5 acadêmicos de Odontologia, 1 acadêmico de Farmácia e 7 colaboradores.

As atividades desempenhadas incluíram aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de medidas antropométricas, orientação quanto ao estilo de vida, prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, revelação de placa dental bacteriana e escovação orientada, prevenção da cárie com atividades educativas para as crianças e exame para prevenção do câncer de boca em adultos.

A US local tinha boa estrutura física, porém houve tumulto em função da oferta de atendimento médico no dia do evento. O material disponibilizado foi insuficiente para atender toda a demanda, ocasionou a formação de longas filas de espera para atendimento.

JORNADA NO BAIRRO DA PENHA, VITÓRIA - ES

Em 2 de dezembro de 2006, na Igreja Batista do Bairro da Penha, aconteceu mais uma Jornada de Saúde envolvendo 19 acadêmicos, sendo 15 de Enfermagem e 4 de Odontologia com a participação de 7 colaboradores, totalizando 245 atendimentos à comunidade.

As ações realizadas incluíam aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, mensuração de medidas antropométricas, orientação quanto ao estilo de vida e prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, revelação de placa dental bacteriana e escovação orientada, prevenção da cárie com atividade educativa para as crianças e exame para prevenção do câncer de boca nos adultos.

O espaço físico não foi satisfatório, pois a área era nos fundos da igreja e o terreno era muito íngreme, dificultando o acesso de idosos e portadores de necessidades especiais. Vale ressaltar que o número

de atendimentos realizados foi inferior ao esperado devido a pouca divulgação e local de realização do evento, que de alguma forma dificultou o acesso. O material disponível foi suficiente para atender toda a demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desempenho das atividades do Projeto Conexão-Saúde, até então, visou o acesso à saúde, um dos preceitos constitucionais, por meio de ações de promoção à saúde na tentativa de positivar o diálogo entre a universidade e as comunidades populares.

Estreitar laços dessa maneira é gratificante para nós, conexistas, e nos permite vislumbrar a aplicabilidade do saber científico adquirido e também experienciar pessoalmente as reais necessidades do indivíduo e da comunidade na qual ele está inserido.

Reconhecemos, então, a importância e a relevância do projeto, no sentido de possibilitar maior integração entre profissionais, acadêmicos e comunidade. Esperamos que o próximo ano seja tão gratificante quanto o último e que possamos aprender sempre mais sobre o atendimento integral em saúde e um olhar diferenciado sobre os usuários.

REFERÊNCIAS

BUSS, P. M. Promoção da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: em 19 mar. 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Prestação de cuidados de saúde e prática de enfermagem. In: _____ *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TAVARES, M. F. L. Promoção de saúde: a negação da negação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: em 22 mar. 2007.

ANEXO II
Ficha utilizada na Jornada de Saúde

Nº de registro:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA CONEXÕES DE SABERES
PROJETO CONEXÃO-SAUDE



Identificação

NOME: _____ SEXO: M () F ()
 BAIRRO/CIDADE: _____ IDADE: _____
 ESCOLARIDADE: _____ SÉRIE _____ COR: _____
 PROFISSÃO: _____ HORAS TRAB/SEMANA: _____
 RENDA FAMILIAR: _____

Dados Clínicos

Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC:
Cintura (cm)	Quadril (cm)	RCQ
PA (mmHg)	Glicemia (mg/dl) Em jejum () Pós-prandial ()	

Fatores de Risco e Doenças concomitantes	Sim	Não	Presença de complicações	Sim	Não
CAF Hipertensão			Infarto Agudo do Miocárdio		
CAF Diabetes			Outras Coronariopatias		
Diabetes Tipo 1			AVC		
Diabetes Tipo 2			Pé Diabético		
Tabagismo			Amputação por Diabetes		
Sedentarismo			Doença Renal		
Sobrepeso/Obesidade			Distúrbios Visuais		
Hipertensão Arterial					
Etilismo					

Sinais Clínicos importantes	Sim	Não
Feridas com cicatrização lenta		
Vertigens		
Polidipsia		
Poliúria		
Poliíngua		
Filho com peso acima de 4Kg ao nascer (para mulher)		

Tratamento

Não Medicamentoso ()	Medicamentoso ()	Não faz Tratamento ()
Se medicamentoso, quais os medicamentos?		
Hydroclorotiazida 25mg		Glibenclamida 5mg
Propranolol 40mg		Metformina 850mg
Captopril 25mg		Insulina SC

Alimentação (Frequência por semana)

	Nenhum dia	De 1- 3 vezes	De 4 – 6 vezes	Todos os dias
Carne vermelha				
Carne branca				
Verduras				
Legumes				
Frutas				
Doces				
Adoçante				
Frituras				
Ovos				
Leite / Derivados				
Quantas vezes troca refeição por lanches (salgados, fast foods, etc)				

ANEXO III
Ficha utilizada na Jornada de Saúde

Nº de registro:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA CONEXÕES DE SABERES
PROJETO CONEXÃO-SAÚDE



FICHA ODONTOLÓGICA

SEXO: FEMININO MASCULINO

IDADE: **RAÇA/COR:**

DATA DE NASCIMENTO:

RESIDE COM: PAI MÃE CASAL OUTROS

BAIRRO ONDE RESIDE: _____

JÁ APRENDEU ALGUMA TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO: SIM NÃO

QUANTAS VEZES ESCOVA OS DENTES AO DIA: _____

ALGUM PROBLEMA DE OCLUSÃO: SIM NÃO

ANAMNESE GERAL

1-ANTES DA REVELAÇÃO DE PLACA

DENTIÇÃO: DECÍDUA MISTA PERMANENTE

QUANTOS DENTES NA BOCA: _____

DENTES CARIADOS? SIM NÃO **QUANTOS?** _____

DENTES RESTAURADOS? NÃO SIM **QUANTOS?** _____

RECIDIVA DE CÁRIES? NÃO SIM **QUANTAS?** _____

2-APÓS A REVELAÇÃO DE PLACA

APRESENTOU PLACA EM QUANTOS DENTES? _____

Política nacional de humanização:

compreensão,
compromisso e
cuidado — um
novo processo de
produção de saúde

Núbia Milanez¹
Poliana Lourenço Souza²
Rainer Nielsen Soares³
Renata Garcia de Oliveira⁴
Raquel Baroni de Carvalho⁵
Roseane Vargas Rohr⁶

¹ Enfermeira; ex-voluntária do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Enfermeira; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Odontólogo; ex-voluntário do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

⁴ Odontóloga; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

⁵ Odontóloga; Doutora em Odontologia Social; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

⁶ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

HOSPITAL

AMBIÊNCIA

ACOLHIMENTO

RESPEITO



CLÍNICA AMPLIADA



HUMANIZAÇÃO

DIÁLOGO

GESTÃO PARTICIPATIVA





INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 sendo regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, representando um marco na história das políticas públicas de saúde do país.

Segundo Fayt (2002), política é uma atividade humana que se realiza com a finalidade de influir na organização da vida estatal mediante o exercício do poder.

Para uma política ser pública deve alcançar o coletivo e, como tal, atender às demandas, desafios e dificuldades apresentadas por uma população. Dessa forma, as políticas públicas em saúde devem abranger todas as áreas sociais e garantir as condições de saúde da população, fortalecendo a integração do indivíduo com o ambiente, sociedade e trabalho (LUCCHESE, 2004).

A política nacional de saúde vigente é concebida como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1988) que visa orientar a melhoria das condições de saúde e a relação entre o homem e o meio em que vive.

O SUS representou um marco importante democratizando o acesso aos serviços públicos de saúde, considerando que antes as ações

eram direcionadas aos trabalhadores vinculados à previdência social e, portanto, o direito à saúde estava restrito a um grupo específico de indivíduos. Segundo Polignano (2007), o sistema caracterizava-se como excludente, fornecendo somente atenção médica a uma minoria da população brasileira que financiava parte dos gastos do sistema de saúde através da contribuição previdenciária.

O SUS nasce, então, com uma proposta de mudança, estabelecendo a saúde como direito de todo cidadão e sendo responsabilidade do poder público garantir a execução das ações em todos os níveis, da promoção e prevenção, tratamento e recuperação, garantida pela implantação de políticas no campo social e econômico para reduzir os riscos de doenças e outros agravos à saúde da população brasileira (CUNHA, 2004).

Para garantir que os serviços de saúde chegassem a todas as esferas da sociedade foram estabelecidos princípios norteadores da política, como universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Dessa maneira, uma vez definidas em lei as diretrizes gerais do sistema, era preciso instalá-las em práticas concretas nas instâncias da saúde. No entanto, durante a implantação da política constatou-se que as ações desenvolvidas pelo Estado não eram suficientes para alterar significativamente o modelo de saúde, já que a concretização dos princípios do SUS não se fazia de forma efetiva. Gestores, usuários e profissionais continuavam insatisfeitos, em decorrência de inúmeros fatores como a descentralização da atenção e da gestão, em especial, a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre rede básica e o sistema de referência; a fragmentação das equipes; sistema burocratizado; baixo investimento na qualificação de profissionais; desrespeito aos direitos dos usuários; poucos dispositivos para estimular a co-gestão e a valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde e principalmente profissionais de saúde distante dos debates de formulação da política pública de saúde. Todos esses aspectos dificultavam a concretização do SUS (BRASIL, 2004).

Considerando a necessidade de construção de uma nova política pública, na qual se resgatasse os valores das práticas de saúde, admitindo a resolatividade dos problemas de forma humanizada e ratificando a indissociabilidade entre atenção e gestão, surge a Política Nacional de Humanização — PNH como uma política transversal que não se compreende apenas em tornar humano e sociável as atividades cotidianas na saúde, mas resgatar a co-responsabilidade entre os sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) integrando-os de modo a identificar as necessidades no setor saúde.

Sob esse prisma, a justificativa deste trabalho encontra-se no desejo em compreender melhor a PNH para que os estudantes de saúde envolvam-se no processo de mudança em relação ao modelo atual de gestão e atenção e, ao mesmo tempo, afirmar concisamente que o sistema para se colocar em posição favorável perante seus atores deve exercitar veementemente suas práticas, ratificando o SUS como sistema democrático.

HUMANIZANDO AS PRÁTICAS DO SUS

Em 2000, o Ministério da Saúde — MS criou o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar — PNHAH, que buscou implementar medidas que fortalecessem o acolhimento e atendimento dos usuários e capacitação dos profissionais.

Esta proposta incentiva melhorar o contato humano entre o profissional de saúde e o usuário de saúde, entre os próprios profissionais e entre a instituição de saúde e comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do SUS. Sua função, então, é estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre os vários setores de atendimento da instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e solidariedade (BRASIL, 2006).

Com a necessidade de ampliar as ações da humanização, o PNHAH passa a representar não mais um programa que favorece apenas a rede hospitalar, aparecendo como uma política capaz de mudar o cenário existente até então, propondo novas medidas e atuações das práticas da saúde.

Assim, em 2004, foi implantada a PNH, buscando melhorias na qualidade do sistema e priorizando novas medidas no âmbito da gestão e atenção. Esta política adota o conceito de humanização entendendo ser: “*a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, gestores e trabalhadores*” (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNH, para se efetivar verdadeiramente, o SUS deve passar por mudanças ideológicas, deve de fato, sensibilizar usuários, trabalhadores e gestores que o conceito de humanização na saúde vai além do tratamento cordial entre profissional e usuário, ou “colorir o ambiente” para torná-lo mais agradável. É necessário mudar toda a estrutura e lógica do sistema, de forma que os sujeitos, estando dentro dessa organização, mudem suas atitudes diariamente. A mudança deve partir primeiramente do interior do indivíduo para, assim produzir frutos no seu ser, no seu trabalho, na sua relação com o outro.

A política resgata um momento em que é necessário reaprender a olhar para o próximo. Todo ser humano é inserido em um meio social, apresenta suas próprias convicções e sua subjetividade, daí enxergá-lo em sua totalidade, de forma completa.

Diante do modelo de gerência dos hospitais e unidades, sabemos que a verticalização dentro dessas estruturas, onde, “as decisões são tomadas por um pequeno grupo que ocupa lugares mais altos na hierarquia dos serviços, tende a gerar descompromisso e falta de interesse e participação da maioria dos trabalhadores” (BRASIL, 2004). Os trabalhadores acabam não cumprindo com o que lhe impuseram, pois não aceitam regras que não condizem com sua realidade diária.

Dessa forma, o processo de humanização nos coloca diante de novos questionamentos e reflexões, tais como: fatos de vivências entre sujeitos do sistema de saúde, particularidades de cada instituição / situação, criação de soluções para enfrentar desafios e otimizar oportunidades (BRASIL, 2004).

Entendendo o contexto no qual a PNH surgiu e sabendo que o maior desafio do SUS é propiciar um atendimento de qualidade e com maior eficácia para o atendimento da população, os desafios e dilemas enfrentados para a concretização da política se tornam evidentes. “A PNH tem diante de si desafios incomensuráveis: o de humanizar numa sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano...” (GASTALDO, 2005; p. 397). Impera também na sociedade atual, descrita por Deslandes (2004, p. 9) “a violência simbólica do não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários e da imposição de certos valores morais e comportamentos”.

Em 2004, com a implementação da PNH, fica estabelecido um novo plano de trabalho para a consolidação das diretrizes e metas: redução de filas e tempo de espera, ampliação do acesso e atendimento acolhedor, responsabilização correta da referência territorial, atenção integral, garantias por parte da unidade de saúde no que se refere aos direitos do usuário, gestão participativa e adequação da ambiência (BRASIL, 2004).

Portanto, a PNH pretende formular uma nova forma de ação e gerenciamento nos diversos setores do sistema de saúde, garantindo a integração entre todos os sujeitos e dando ênfase à gestão participativa, democratizando as relações de trabalho e propiciando o bom atendimento nas instituições da rede SUS (BRASIL, 2004).

Constituem-se eixos estratégicos dessa política uma nova forma de pensar e agir de todos os sujeitos envolvidos, fortalecendo o sentimento de mudança e aplicando conceitos como o acolhimento, ambiência, clínica ampliada e valorização do trabalhador.

A PNH, por suas metas e ações específicas, possui o desafio de alterar o complexo sistema em que o modelo biomédico, fragmentado e burocratizado é o pilar. Isso pode ser feito por meio da transformação dos modelos de atenção e de gestão, promovida pela implementação e avaliação de dispositivos.

Modificar a atenção passa pela filtragem eficiente das ferramentas do acolhimento, ambiência e clínica ampliada, contudo, no que se refere à gestão é notável a utilização de mecanismos que garantam a gestão participativa e a valorização do trabalhador.

É sabido que a grandeza e os desafios da vida estão nos detalhes. É o detalhe de um gesto, de um olhar, de uma palavra, de um ambiente. Gerar saúde nos ambientes de trabalho acena, necessariamente, para o fortalecimento da capacidade individual e coletiva em busca de modificações de situações que agridem e fazem sofrer. Para tanto, os dispositivos de acolhimento e ambiência contribuem em muito para a elevação da força de trabalho de usuários e profissionais de saúde, pois constituem uma tentativa de não restrição do processo patológico do indivíduo em um foco apenas biológico, favorecendo, sobretudo, a atividade humana, o trabalho e a cultura que tem por efeito imediato alterar constantemente o meio de vida dos sujeitos.

O acolhimento responsabiliza-se pela recepção do usuário, desde sua chegada, escutando ativamente sua queixa, permitindo a expressão de suas preocupações e articulando com os outros serviços de saúde para uma atenção resolutiva.

O ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais deve ser voltado para uma atenção acolhedora e humana, de forma que as tecnologias médicas e componentes estéticos sensíveis ao olhar, olfato e audição estejam em consonância com componentes culturais e regionais e determinem, assim, os valores da ambiência (BRASIL, 2004).

CLÍNICA AMPLIADA

O modelo tradicional biomédico hoje realizado está centrado no atendimento individual onde o profissional se detém apenas aos sinais e sintomas patológicos e prescreve os medicamentos, interpellando numa

próxima consulta se o paciente segue a risca o tratamento ou não. É o modelo centrado na hegemonia médica e baseado no trabalho prescrito.

Com a introdução da PNH, o conceito de clínica foi reformulado e ampliado de forma a possibilitar novas intervenções e tratamentos muito mais eficazes com a participação de todos os atores envolvidos (pacientes, profissionais, familiares, comunidade...).

A clínica ampliada não valoriza apenas o sujeito e a doença, mas insere no seu contexto, família, cultura e subjetividade, de modo a afirmar a autonomia e garantir a produção de saúde. Utiliza como meios de trabalho: o trabalho em equipe multiprofissional, construção de vínculos, aplicação da terapêutica conforme a vulnerabilidade de cada caso (BRASIL, 2004).

Esse novo modelo resgata o princípio de autonomia da PNH, que coloca os sujeitos como protagonistas e co-responsáveis do processo de gestão e atenção à saúde. Dando a estes, caracteres participativos na elaboração de seu processo terapêutico e na gestão do próprio SUS em todas as instâncias. Além disso, a clínica ampliada busca um equilíbrio através da produção da vida, equilibrando a capacidade de combater os processos patológicos (BRASIL, 2004).

Considerando a saúde correspondente à capacidade das pessoas inventarem saídas diante de limites impostos, a clínica ampliada, possui o intuito de que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformá-las de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impossibilite de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a visão de saúde como meio de consumo “quanto mais, melhor” precisa ser combatida, assim como a idéia de que um bom atendimento está restrito à prescrição de medicamentos, exames e encaminhamentos desnecessários. Vale ressaltar que muitos desses procedimentos oferecem risco à saúde e aumentam a demanda nas unidades de saúde e hospitais, e isso se deve aos profissionais que fazem tais solicitações sem os devidos critérios (BRASIL, 2004).

Antes, os serviços de saúde eram centrados no paciente e em sua patologia. Hoje, devem apresentar um compromisso ético com os

usuários, buscando sempre assumir sua responsabilidade pela condição social em que o indivíduo está inserido.

Para o profissional a clínica ampliada transcende a preocupação com o diagnóstico e a terapêutica, para cada paciente, e ele deve almejar medidas práticas que ajudem a desenvolver o vínculo de afeto com o usuário, evidenciando um contato mais compreensivo. O profissional, assim como todo ser humano vai estabelecer fluxos de afeto e poderá ajudar no tratamento, mostrando o sujeito a melhor maneira de lidar com sua situação.

Num encontro entre paciente e profissional, muitas dúvidas e anseios podem superar a busca pela cura. O paciente, muitas vezes, quer ser ouvido, quer uma opinião e, no entanto sai frustrado da consulta onde apenas conseguiu relatar suas dores físicas. Partindo dessas colocações, entendemos que a escuta no momento do encontro é uma ponte para a criação do vínculo afetivo. Escutar significa reconstruir e, conseqüente mente respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida (BRASIL, 2004). No momento da escuta é possível estabelecer a confiança entre profissional e paciente e dessa maneira manter um protocolo de tratamento eficaz que garanta o protagonismo do paciente no processo do cuidado de sua saúde.

Podemos dizer então que a clínica ampliada corresponde a um compromisso com a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde e busca sempre ajuda em outros setores (intersetorialidade), reconhecendo os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por elas empregadas (BRASIL, 2004).

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Dentro da proposta da PNH, os profissionais de saúde são atores fundamentais no processo de trabalho, uma participação efetiva na

gerência (gestão participativa) a na elaboração do planejamento das ações. Todo ser humano é fonte de um saber e criatividade, portanto, os profissionais detêm as ferramentas necessárias para reinventar as suas práticas no ambiente de saúde.

Tendo em vista as propostas de mudança pela política, observamos que um dos principais objetivos é garantir a autonomia do trabalhador dentro do sistema. Podemos entender o conceito de autonomia como construção e participação nas decisões e execução dos trabalhos a serem efetuados. Se o profissional é convidado a dar sua opinião sobre alguma ação a ser implantada no seu local de atuação, será mais gratificante para o mesmo cumprir com o que for decidido. Assim também, o sujeito passa a sentir-se parte do processo e responsável pela eficácia e resultados positivos que serão alcançados.

É importante também atentarmos para a manutenção da saúde no ambiente de trabalho, embora a relação entre saúde e trabalho seja complexa. Quando o trabalhador se depara com situações adversas como falta de recursos ou autoritarismo gerencial, que o impedem de exercer integralmente sua função, ele cria estratégias para abrandar o próprio sofrimento psíquico. O mesmo ocorre no processo de identificação de trabalhadores e usuários, no qual o trabalhador se sente desvalorizado e desrespeitado, então na tentativa de se defender dessas condições, o trabalhador poderá formar barreiras que evitem se colocar em contato com aquilo que causa o sofrimento, ou tornarem-se agressivos e retalhadores com os usuários (CAMPOS, 2005).

Neste sentido faz-se necessário adotar medidas que auxiliem os trabalhadores no alívio dos sintomas de sofrimento, entre os quais podemos sugerir atividades em grupo que possibilitem um espaço de escuta, apoio psicológico, melhores equipamentos e condições de trabalho, além da adequação ao tempo de trabalho de acordo com que o corpo pode suportar. A pressão do tempo pode afetar a saúde, pois é fonte de insatisfação, desgaste e doenças.

Entendendo a importância da inserção do trabalhador na na PNH, algumas estratégias foram propostas para que o profissional pudesse ser inserido nesse novo contexto de atenção à saúde. Foram criadas as Comunidades Ampliadas de Pesquisa-CAP, na qual os pró-

prios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento num processo de aprendizagem contínua, de construção de saberes, percepção e sujeitos (BRASIL, 2004).

A CAP proporciona ao trabalhador adquirir experiências e o aperfeiçoamento técnico, visto que:

(...) o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber” (...) quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização (CAMPOS, 2005, p. 579).

A PNH E O PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Chaves (2004), o trabalho em saúde é complexo pelo fato de lidar com o ser humano e com sua subjetivação, algo que exige cuidado, atenção, cautela e respeito. Dessa maneira, atender aos princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, ao mesmo tempo em que constitui uma lógica, é um desafio. Diante de inúmeras situações, como, o autoritarismo do gestor, a falta de uma educação continuada, e em especial, a formação biomédica dos profissionais de saúde, é preciso criar estratégias para transcender essas dificuldades na busca de um cuidado mais humanizado.

O ensino das práticas de saúde nas universidades está centrado na fragmentação do saber e numa visão altamente biologista. O paciente é visto como um corpo doente, e se desconsidera seus valores

morais e seus saberes. Com o predomínio do cientificismo, o profissional de saúde ignora a integralidade do homem e valores como sentimentos, emoções, intuição e sensibilidade, que representam sua subjetividade.

Nesse sentido, é possível enfatizar que a formação em saúde prioriza e tem como tradição a fragmentação do processo de ensino-aprendizagem e a supervalorização do professor, detentor do “poder” por possuir o saber, em detrimento do aluno, que se posiciona como agente passivo no processo de formação, como é denotado na essência da palavra “aluno” igual a “sem luz”.

Estabelecido esse paradigma nas instituições de ensino, os graduandos em saúde levam esse tipo de formação para os hospitais e unidades de saúde tornando seus atendimentos precários e insuficientes nas instituições do SUS.

“A necessidade de um atendimento integral ao ser humano impõe-nos um desafio de redefinir a formação dos profissionais em saúde para atitudes menos reducionistas e mais articuladas em equipes de saúde, levando-nos a uma visão abrangente das vicissitudes dos sujeitos os quais tratamos” (CHAVES, 2004, p. 15).

A PNH propõe, portanto, uma reformulação da forma do cuidar em saúde inserindo novas práticas resolutivas. Para a efetivação da política, tais práticas devem passar pelos conceitos de interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multiprofissionalidade. Santos (2005) afirma que a transdisciplinaridade, hoje, sugere a superação da mentalidade fragmentária, incentivando conexões e criando uma visão contextualizada do conhecimento, da vida e do mundo, sendo um grande desafio para a saúde.

A equipe multiprofissional, apropriada do conceito da transdisciplinaridade propiciará uma interação entre diferentes profissionais abrangendo novas áreas de conhecimentos, tornando seu trabalho

mais humanizado. Trabalhando em equipe, o atendimento ao usuário se tornará mais respeitoso e íntegro desde sua recepção até a articulação com outros setores de saúde (BRASIL, 2004).

A transdisciplinaridade constrói, portanto, uma articulação do conhecimento e se faz necessária para a equipe atuar como uma visão do ser humano integral. Todavia entendemos a dificuldade encontrada pelos profissionais para incluir esses conceitos de transdisciplinaridade e interdisciplinaridade nas suas práticas cotidianas. E quanto às metas da PNH, tais como acolhimento e atendimento eficiente se constituem num desafio muito presente a todos os acadêmicos da área da saúde, pela sua formação predominantemente biomédica e fragmentada, a hegemonia médica e a falta de articulação entre os setores e serviços.

Sob essa perspectiva, com o objetivo de aproximar o saber acadêmico das comunidades populares e de adequar o estudante à realidade do trabalho em equipe multiprofissional, desenvolvem-se programas como o Conexões de Saberes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Conexões de Saberes proporciona ao acadêmico o conhecimento de diversas áreas, ampliando o diálogo entre estudantes e comunidades e garantindo princípios para a interação e afirmação de diversos profissionais.

Com o desenvolvimento do Programa, os estudantes são levados a refletir sobre as condições que a sociedade acadêmica vem sendo construída. A autonomia que nos confere, abre espaço para novos aprendizados e crescimento profissional, dentro do qual há respeito mútuo entre os colegas, prevalecendo o compromisso recíproco.

Portanto, insere os estudantes como atores e participantes efetivos da PNH, remetendo-os aos princípios de humanização propostos pela política: respeito ao próximo, gestão participativa, autonomia dos sujeitos, trabalho em equipe e valorização do trabalhador. Desta forma, a participação no programa possibilita que a formação acadêmica se dê num espaço privilegiado, sensibilizando-os para continuar desenvolvendo e implantando a PNH.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 27 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual PNH*: documento do Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2007.

CAMPOS, R. O. O Encontro Trabalhador-Usuário na Atenção à Saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, jul./set. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso: em 20 mar. 2007.

CHAVES, I. T. S. O desafio da formação e transdisciplinaridade e da multiprofissionalidade para atender o princípio da integralidade. *Revista digital de educação permanente em saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.14-15, set. 2004. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br>> Acesso em: 14 jan. 2007.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004.182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 14 mar, 2007.

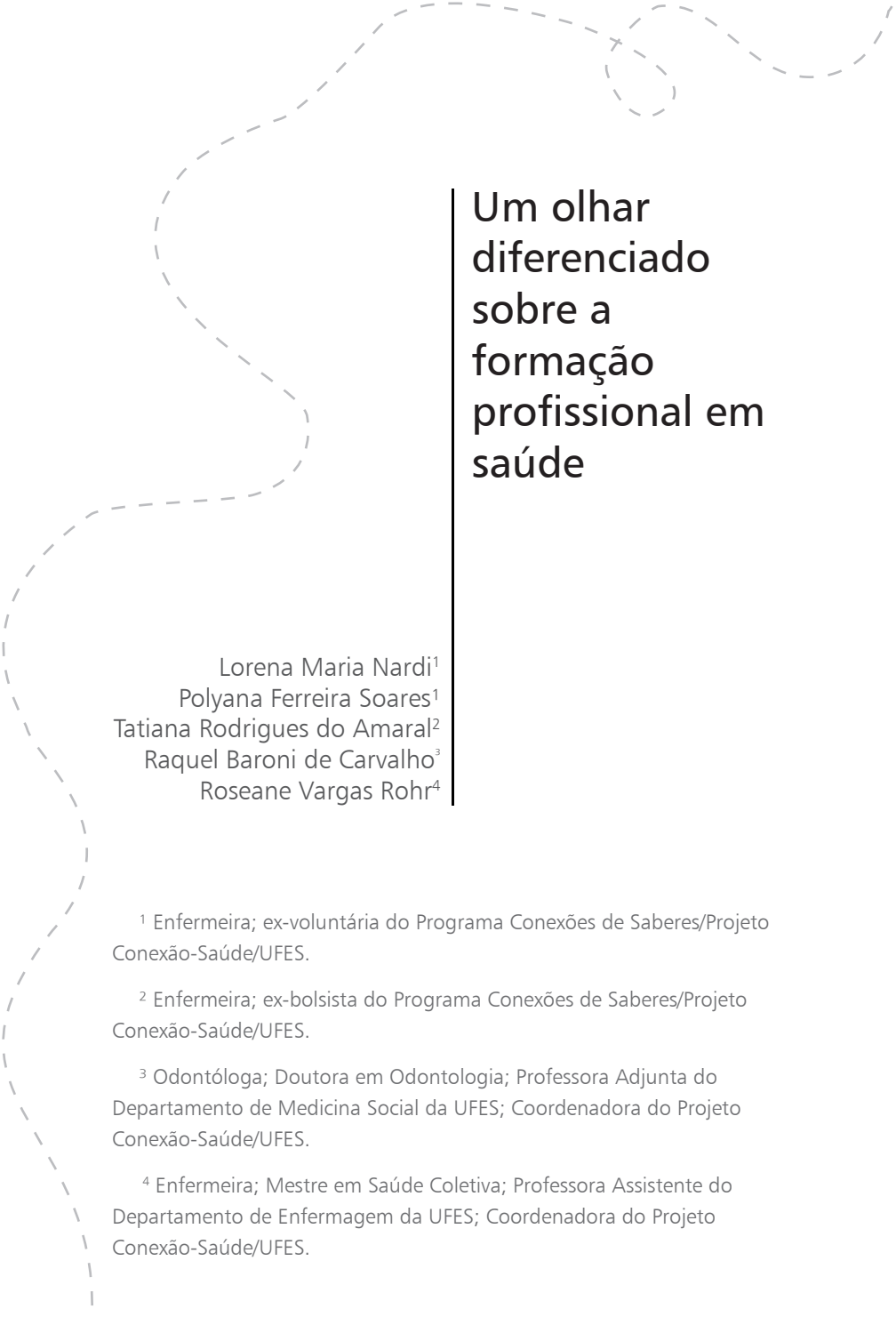
FAYT, C. O que é política. *Ciência Política*. Disponível em: <<http://www.politicavoz.com.br>> Acesso em: 14 mar. 2007.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface - Comunicação, saúde, educação*. V. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

LUCCHESI, P. , 2004. Disponível em: <<http://itd.bvs.br>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma breve revisão*. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 14 Jan. 2007.

SANTOS, A. O que é transdisciplinaridade. *Periódico Rural Semanal*. Rio de Janeiro, n. 31, Ago/Set., 2005. Disponível em: <<http://www.ufrj.br>>. Acesso em: 01 mar. 2007.



Um olhar diferenciado sobre a formação profissional em saúde

Lorena Maria Nardi¹
Polyana Ferreira Soares¹
Tatiana Rodrigues do Amaral²
Raquel Baroni de Carvalho³
Roseane Vargas Rohr⁴

¹ Enfermeira; ex-voluntária do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Enfermeira; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Odontóloga; Doutora em Odontologia; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

⁴ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.



A decorative graphic consisting of a long, thin, dashed line that starts from the top left, curves upwards and to the right, then loops back down and to the left, ending in a small circle. The line is light gray and has a consistent thickness.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a formação profissional em saúde no Brasil vem passando por um processo de mudanças. Tenta-se adequar o futuro profissional ao mercado de trabalho por meio da elaboração de novas metodologias de ensino. Essa mudança tende a ser muito benéfica para discentes e docentes. A educação permanente associada à integração do currículo seria uma das mudanças mais expressivas que poderiam ser feitas para melhorar a formação do profissional. Além dessas possibilidades, também se pode utilizar a educação por competências. Estas estão relacionadas com a capacidade em aplicar adequadamente conhecimentos e habilidades para alcançar um determinado resultado em um contexto concreto. Segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, competência é definida como qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, atuar de forma determinante em dada situação ou realizar com precisão e exatidão em alguma situação, sendo, então, uma capacidade, uma habilidade, uma aptidão ou uma idoneidade (BARRENNE, ZUNIGA, 2004; HOLANDA, 2004).

Assim sendo, o objetivo deste artigo é apresentar os aspectos teóricos envolvidos atualmente na formação dos profissionais de saúde de universidades públicas, bem como relatar experiências de um grupo de alunos de Enfermagem, Odontologia e Farmácia, inseridos no Programa Conexões de Saberes e, então, constituintes do Projeto Conexão-Saúde da UFES.

Histórico da formação do profissional em saúde

A partir do início do século XX, predominava na sociedade um pensamento em que o médico era o “dono” de todos os saberes. Isso ocorreu devido a vários acontecimentos que marcaram a época, principalmente a elaboração do Relatório Flexner. Esse relatório implantou um modelo, concretizado na base dos conhecimentos científicos. O saber popular e as outras culturas que não possuíam embasamento científico foram quase esquecidos (AGUIAR et al, 2004).

O Relatório Flexner foi criado em 1910, pelo médico Abraham Flexner, após um longo trabalho de avaliação das instituições americanas que ofertavam o ensino médico. Após a avaliação, Flexner concluiu que as instituições existentes não atendiam as exigências necessárias para a formação de um médico capacitado. Propôs-se no relatório promover uma seleção dos egressos das Universidades, aumento da carga horária do curso, promover integração da teoria com a prática dando ênfase à pesquisa. Por meio do modelo flexneriano, os acadêmicos que dele participavam eram formados com o intuito de fornecerem maior número de atendimentos aos clientes, porém, com um menor tempo de duração. Devido a essa redução no tempo, a consulta passou a ser quase mecânica, em uma ótica totalmente produtivista. O médico não examinava a pessoa que estava à sua frente, somente examinava a doença. Tal modelo fazia com que as causas mais profundas das enfermidades fossem deixadas de lado, supervalorizando exames bioquímicos e outros tipos de exames diagnósticos (SCHWARTZMAN, 1993).

Com a implantação desse modelo, gerou-se uma crescente expansão dos gastos, associada ao consumo de inúmeras possibilidades de diagnósticos e tratamentos, em contraste com a finitude de recursos para o seu custeio. Isso, provavelmente, culminou em formar um profissional de saúde com uma postura estritamente capitalista, produtivista, visando somente a obtenção de lucros e esquecendo-se da sua verdadeira função que seria proporcionar o bem estar e ofertar a saúde à população (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2001). Vale ressaltar que:

[...] desenvolve-se uma dificuldade de os profissionais considerarem a singularidade e a subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, de perceberem outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento. A concepção do processo saúde doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos. [...] em geral, estabelece-se uma relação de poder em que o profissional é elevado a protagonista e o usuário constringido a ser platéia (BRASIL, 2005a, p. 57-58).

Até hoje, o enfoque predominante nas instituições de profissões de saúde de vários países, é baseado no modelo flexneriano, privilegiando apenas o tratamento da doença, estimulando o consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos sofisticados e de medicamentos, baseados na especialização e no arsenal tecnológico. Influenciados por essa lógica, os serviços de saúde no Brasil também apresentam tais características e o modelo de saúde vigente continua sendo altamente excludente (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2001).

Nesse contexto, surge em 1988 no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua criação, só foi possível graças ao movimento da Reforma Sanitária e realização de Conferências de Saúde com participação popular. Esses movimentos influenciaram a anexação da saúde como direito de todos e dever do Estado junto à constituição de 1988. O SUS é norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade em que todos os brasileiros deveriam ter acesso ao sistema usufruindo dos diversos níveis de atenção. Após alguns anos de implantação do SUS, o modelo de saúde preconizado pela Constituição Federal de 1988 ainda não está totalmente em vigência. Notou-se que, apesar de existirem várias diretrizes para garantir a saúde integral do indivíduo, o modelo flexneriano infelizmente ainda prevalece na formação profissional em saúde no país, independente do curso ou da instituição de ensino (BRASIL, 2003).

Com isso, é imperioso que todas essas afirmações levem a uma questão, como deveria ser um atendimento para que o usuário tivesse seus direitos assegurados? Poderíamos partir do princípio a seguir:

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica em acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo (BRASIL, 2005b, p. 56).

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL – A REALIDADE

A educação superior tradicional brasileira ainda segue o modelo curricular onde os saberes são passados de maneira fragmentada, levando a um distanciamento entre o acadêmico e a realidade, causando uma dificuldade de se promover uma conexão entre os diversos conhecimentos que deveriam estar interligados. A fragmentação causa um déficit na qualidade da aprendizagem do acadêmico, principalmente quando este se depara com as atividades práticas (BARRENNE; ZUNIGA, 2004).

A partir de 2004, várias mudanças vêm sendo realizadas no modelo de ensino que prevalece nas universidades brasileiras, tentando gerar uma integração entre as disciplinas de forma a facilitar a aprendizagem. Algumas dessas alternativas, tanto do MEC quanto do Ministério da Saúde, incluem a educação permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a formação baseada em problemas ou competências (BRASIL, 2005c; BARRENNE; ZUNIGA, 2004).

A educação permanente é uma aprendizagem que ocorre no ambiente de trabalho, isto é, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É construída a partir dos problemas da realidade coti-

diana, utilizando conhecimentos já adquiridos e experiências vividas na solução dos problemas, ou seja, baseia-se na aprendizagem significativa (BRASIL, 2005d).

[...] a aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (BRASIL, 2005e, p. 11).

A proposta da educação permanente é descentralizar a formação e o desenvolvimento, para que ocorra de maneira transdisciplinar, ou seja, em todos os lugares, dando espaços aos vários saberes. Esse processo busca a criatividade na solução de problemas, prestação de cuidado de maneira integral e humanizado (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2001).

É de grande valia nesse contexto tratarmos um pouco da interdisciplinaridade, uma vez que ela atua como um campo aberto para a transição de uma prática fragmentada por especialidades para uma realidade onde seja possível estabelecer novas competências através de uma postura pautada em uma visão holística do conhecimento e uma porta aberta para os processos transdisciplinares (BORDONI, 2002).

Outra alternativa seria a formação do currículo baseado em competências. Conceito que vem direcionando a elaboração das diretrizes curriculares na área da saúde, visando atender às necessidades da população alvo, ao invés de estudar uma fórmula ou processos complexos, talvez nunca utilizados na prática ou situação real de atendimento (BARRENNE; ZUNIGA, 2004).

Observa-se que durante a hegemonia do modelo fordista de produção era suficiente dominar uma única tecnologia para inserir-se e

manter-se no mercado de trabalho. Hoje, se faz necessário “aprender a aprender e a compreender”, usando o conhecimento como insumo estratégico na disputa por posições numa nova realidade de mercado de trabalho (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2001).

As competências possibilitam articulações entre o trabalho e a educação. O desenvolvimento delas pode se realizar por meio de experiência no trabalho ou através de um processo sistematizado, cujo modelo curricular é baseado nos problemas vivenciados no dia-a-dia (BARRENNE; ZUNIGA, 2004).

No sistema de saúde brasileiro, seria ideal que os trabalhadores junto com os usuários definissem os serviços a serem produzidos, os gastos e o impacto que esses terão sobre as suas próprias condições de saúde. Baseado no fato de que o sucesso das ações de saúde depende, em grande parte, da efetividade e da qualidade do processo de trabalho que cada um dos profissionais da área desempenha, esta mudança seria essencial (BARRENNE; ZUNIGA, 2004). Por isso, a educação baseada em competências deverá ser a base para o desenvolvimento de capacidades que serão utilizadas no contexto de trabalho.

Assim, a existência de projetos como Projeto Conexão-Saúde é um exemplo para auxiliar a formação profissional em saúde com base na educação por competências no qual há o envolvimento de vários estudantes da área de saúde. Pretende-se estimular o diálogo entre os discentes e as comunidades populares, tendo como finalidade a promoção de grupos temáticos, oficinas de qualificação e seminários. Com isso as principais competências a serem desenvolvidas no projeto são: liderança, comunicação, trabalho em equipe, administração, organização, responsabilidade, comprometimento, desenvolvimento de consciência crítica e reflexiva, além de atuar como educador. Ou seja, o profissional deve atuar frente à equipe multiprofissional, mantendo diálogo com a equipe e a população atendida, desenvolvendo uma consciência crítica, reflexiva de forma a identificar as principais necessidades da população e trabalhar em busca de melhorias para a comunidade assim como, trabalhar a educação permanente, como mencionado a seguir:

O desenvolvimento das competências pode contextualizar-se no sentido do crescimento humano, aludindo ao desenvolvimento integral das pessoas e das organizações, referenciando-se em organizações de aprendizagem permanente” (BARRENNE; ZUNIGA, 2004, p. 41).

METODOLOGIA E RESULTADOS

O trabalho foi realizado com 18 estudantes vinculados ao Conexões de Saberes / Projeto Conexão-Saúde UFES, aprovado pelo CEP CCS/UFES nº 128/06, contando com o auxílio de um questionário simples com algumas informações descritas abaixo:

1. Perfil dos estudantes inseridos no Projeto: curso, sexo, idade, remuneração.
2. Conexões de Saberes/Saúde: como conheceu, quanto tempo está no programa, aspectos positivos e críticas construtivas.
3. A última parte do questionário foi composta por uma pergunta aberta em que os participantes puderam expor sobre os pontos positivos e propor ideias por meio de críticas construtivas.

O Projeto Conexão-Saúde, como ilustra o Gráfico 1, é composto por diferentes cursos da área das ciências da saúde da UFES sendo que é representado em sua maioria por acadêmicos de enfermagem, que correspondem a 77% do total, seguidos dos acadêmicos de odontologia com 17% e de farmácia com 6%. De acordo com o Gráfico 2, observa-se uma ampla margem de diferença entre o percentual de homens e mulheres que compõem tal projeto, sendo que existe uma proporção de um homem para cada duas mulheres.

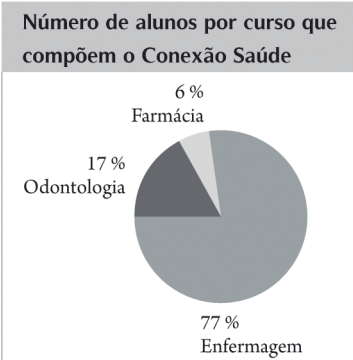


Gráfico 1

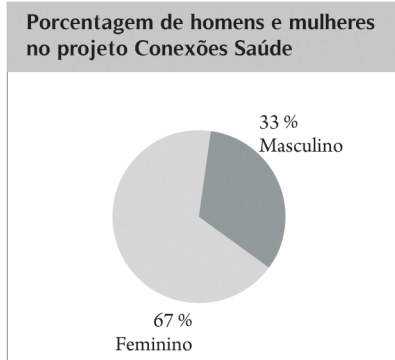


Gráfico 2

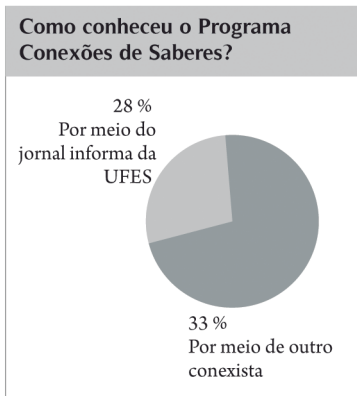


Gráfico 3

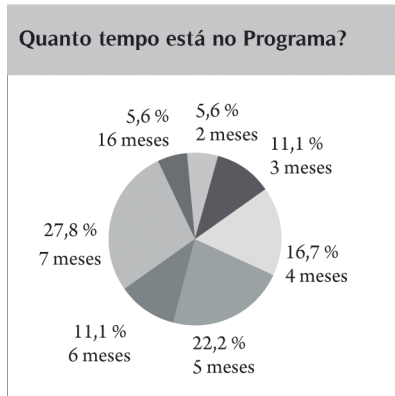


Gráfico 4

A faixa etária varia de 19 a 24 anos de idade, sendo que há um predomínio de 28% com 22 anos. A maioria dos integrantes do projeto obteve conhecimento sobre este por meio de um conexas já adepto ao programa, o que corresponde a 72% (Gráfico 3) do total de membros. A média de tempo que prevalece entre os conexas presentes, incluindo voluntários e bolsistas, corresponde a sete meses, o que representa 27,8% (Gráfico 4). Dentre os participantes existe um equilíbrio entre o número de bolsistas remunerados e o de voluntários.

RELATO DE EXPERIÊNCIAS E DISCUSSÃO

Ao avaliar a saúde em âmbito nacional, pode-se perceber que mesmo com os estudos avançados na área de saúde, muitos profissionais são levados a pensar como no século passado. A formação em saúde continua com uma visão mercantilista, produtivista em que a saúde é vista meramente como um lucrativo comércio.

O Relatório Flexner foi criado enfatizando a especialização dos profissionais de saúde propondo diminuir o tempo de consulta consequentemente, maior número de atendimentos e lucro sobre a doença. As consequências do Relatório atuam da seguinte forma: por um lado, aumenta o número de atendimentos o que deveria incluir toda a população, mas por outro lado o atendimento tornou-se de baixa qualidade e pouco resolutivo.

Então, o que falta para melhorar o nível de saúde da população? Uma solução para os problemas da saúde, em médio prazo, seria uma mudança na formação profissional em saúde. Melhorando a formação e a qualificação do profissional de saúde, consequentemente, a atenção e o atendimento à população teriam suporte para serem aprimorados. Com uma formação diferenciada, os profissionais se tornam mais críticos e reflexivos em suas práticas e posições, assim passam a intervir de forma mais efetiva e consciente nos problemas de saúde que aterriorizam a população. Com a coesão entre o profissional e a população, formam-se profissionais educadores em saúde e uma população mais consciente e politizada de seus direitos e deveres. Dessa forma, haverá uma troca de experiências e saberes entre ambos, onde cada um doa um pouco dos seus diferentes conhecimentos.

Com esse intuito, surge o Programa Conexões de Saberes /Projeto Conexão-Saúde, visando estimular parcerias entre acadêmicos universitários oriundos de comunidades populares e estas comunidades. Por isso, as atividades realizadas têm por objetivo o desenvolvimento e o aprimoramento de competências necessárias ao trabalho em saúde

realizado pelos estudantes e futuros profissionais, estimulando o diálogo nos espaços da universidade e das comunidades.

A seguir alguns dos relatos obtidos neste trabalho pela entrevista com os estudantes envolvidos no Programa Conexões de Saberes / Projeto Conexão-Saúde, acerca dos pontos positivos do programa:

[...] A política de permanência de estudantes de origem popular; o fato de levar o saber científico da Universidade para as comunidades populares; a aproximação da universidade com as diversas camadas da população, prestando serviços; conhecer várias pessoas com suas origens, pensamentos, ideologias, graduações; aprender a lidar com a população de uma forma geral. (ESTUDANTE 1)

“[...] Proporciona uma criação de vínculos do aluno com comunidades carentes. Proporciona que o aluno transmita seu saber acadêmico às comunidades, e também possibilita aos acadêmicos, conhecimentos populares [...]”. (ESTUDANTE 2)

Nesse contexto, há espaço para todos os saberes e experiências, em que cada um tem o seu lugar e a sua vez. Os participantes conquistam o seu lugar para desenvolver novas habilidades. Trabalho que estimularia as lideranças que tanto precisamos em nossas comunidades, bem como no campo profissional. Por meio desse estímulo podem-se buscar melhores condições de vida para a população que ali reside. Muitos ainda resistem a essa lógica, no entanto, muito tem sido feito para melhorar a realidade da saúde no Brasil.

[...] Com a elaboração do programa (Conexões de Saberes / Conexão-Saúde), aprendemos a valorizar a pesquisa e a extensão, as comunidades e os seus problemas e a avaliar nossas ações, se estavam sendo válidas ou não. [...] Através deste programa e do nosso projeto, estamos convivendo no ambiente da saúde coletiva, da atenção primária à saúde, da Epidemiologia, áreas que têm nos ensinado muito e têm acrescentado diversos

conhecimentos que a grade curricular do nosso curso não nos proporciona, não só conhecimento prático, mas também teórico [...]. (ESTUDANTE 3)

O Conexões de Saberes/Conexão-Saúde trabalha junto à extensão e tenta promover a lógica da interligação da comunidade acadêmica com a comunidade popular. Assim, há um maior envolvimento por parte do discente, uma vez que, conhecendo a realidade de sua comunidade, saberá qual seria o ponto exato que se deve trabalhar para ajudar a mesma. Esse programa estimula o trabalho de seus integrantes em equipes interdisciplinares, em que todos participam e compartilham seus conhecimentos acadêmicos e experiências.

Realizar essa análise por meio da entrevista possibilitou um esclarecimento e um maior conhecimento sobre o Programa Conexões de Saberes e o Projeto Conexão-Saúde da UFES. Sendo assim, foi possível traçar um perfil dos componentes do programa, como também expor seus objetivos, bem como a população com quem o programa dialoga. Pode-se, perceber o quão importante é a criação de programas como esse, para que os discentes tenham uma visão mais ampla sobre a necessidade de aliar a teoria com a prática na formação dos acadêmicos.

[...] Estou tendo a oportunidade de ter um olhar diferenciado para a minha comunidade e de conhecer a lógica que rege a nossa Universidade [...]. (ESTUDANTE 4)

[...] O Conexões é uma revisão pessoal de minhas convicções e meus pontos de vista frente às necessidades da sociedade. É uma iniciativa brilhante, pioneira e se mostra capaz de ter resultado. Faz-me sentir bem mais humana e cidadã [...]. (ESTUDANTE 5)

[...] discutimos e debatemos temas que não teríamos oportunidade de debater dentro da sala de aula, como: políticas afirmativas, cotas, liberdade sexual, práticas pedagógicas, lógica meritocrática, etc [...]. (ESTUDANTE 7)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, observa-se que o programa Conexões de Saberes / Projeto Conexão-Saúde da UFES com suas práticas diferenciadas torna-se uma importante ferramenta na busca de desenvolver competências e aprendizado em situações práticas, o que é fundamental para o desenvolvimento profissional dos estudantes da área da saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. de, et al. *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

BARRENNE, M. E. I.; ZUNIGA. V. F. *Competência profissional: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor saúde*. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2004.

BORDONI, T. C. *Uma Postura Interdisciplinar*. Fórum Educação. 2002. Disponível em: <<http://www.forumeducacao.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 12 mar. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CO-NASS, 2003. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- trabalho e relações na produção do cuidado em saúde./ Brasil. Ministério da Saúde*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br>>. Acesso em:

20 jan. 2007c.

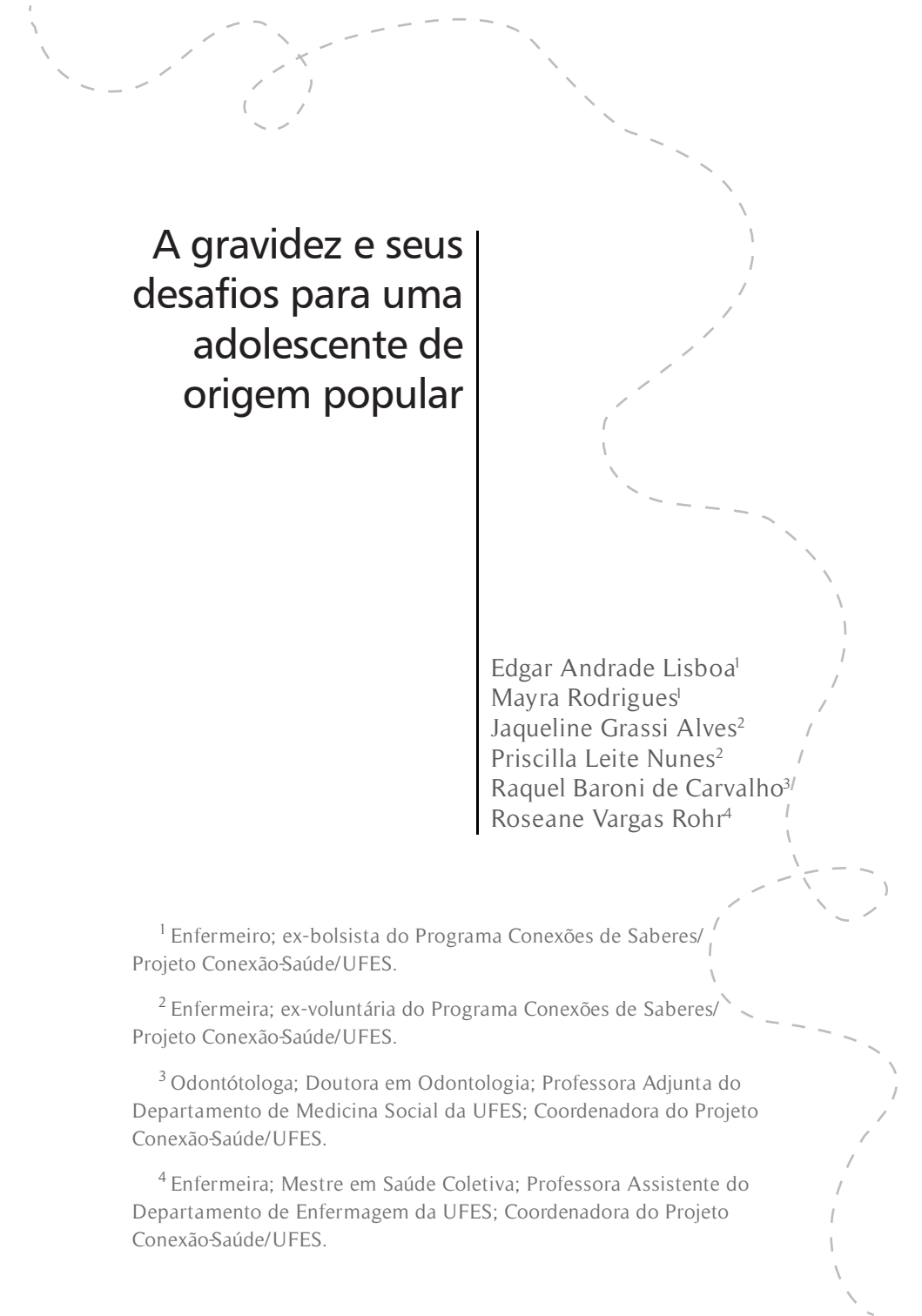
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005d. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2007c.

HOLANDA, A. B. de. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Curitiba: Positivo, 3 ed, 2004.

SANTANA, J. P. de; CHRISTÓFARO, M. A. C. *Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

SCHWARTZMAN, S. *A qualidade no espaço Universitário: conceitos, modelos e situação atual*. Rio de Janeiro. 1993. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

A decorative dashed line graphic that starts at the top left, loops around, and then descends on the right side of the page, ending near the bottom right corner.

A gravidez e seus desafios para uma adolescente de origem popular

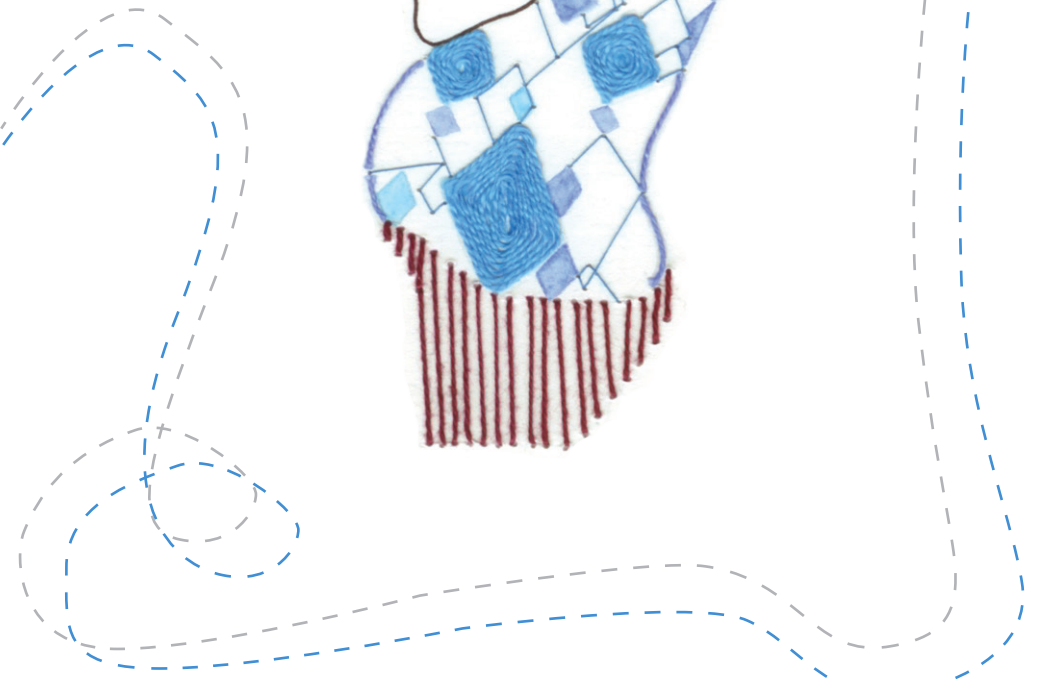
Edgar Andrade Lisboa¹
Mayra Rodrigues¹
Jaqueline Grassi Alves²
Priscilla Leite Nunes²
Raquel Baroni de Carvalho³/
Roseane Vargas Rohr⁴

¹ Enfermeiro; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/
Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Enfermeira; ex-voluntária do Programa Conexões de Saberes/
Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Odontóloga; Doutora em Odontologia; Professora Adjunta do
Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto
Conexão-Saúde/UFES.

⁴ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do
Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto
Conexão-Saúde/UFES.





INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde — OMS e a Organização Pan-americana de Saúde — OPAS, a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade (DONAS, 1999). Segundo Rohr (2003) há inúmeras mudanças tanto físicas, quanto psíquicas num pequeno espaço de tempo nesta fase, não devendo ser tratada como um período de transição entre a infância e a fase adulta, mas ser encarada como uma fase singular que precisa ser vivida intensamente e com qualidade para que o crescimento e o desenvolvimento sejam tranquilos.

A adolescência não é meramente uma transição entre a infância e a idade adulta, mas uma fase cujas transformações físico-biológicas da puberdade associam-se àquelas de âmbito psíquico-sócio-cultural, tornando-se assim um período de contradições, insegurança e oposição.

Os adolescentes se sentem imortais, fortes, capazes de tudo, mas também feios, desengonçados, deselegantes. Acne, crescimento desordenado, alternâncias de humor são golpes na sua sensibilidade e orgulho. Se características típicas desta fase da vida tornam difícil o desenvolvimento da felicidade e a auto-estima, isto se agrava para jovens que sofrem constante humilhação, rejeição e depreciação (ZAGURY, 2003; OS AUTORES, 2003).

Além desses fatores, os adolescentes estão expostos a riscos como a violência, o uso de drogas, as Doenças Sexualmente Transmis-

síveis – DST/AIDS, a gravidez não planejada e o desemprego, o que pode afetar suas perspectivas de futuro.

O medo de assumir o início da vida sexual, a falta de diálogo dentro da própria família, a imaturidade, o fato de negar a possibilidade de engravidar e a grande influência da mídia em relação ao início da vida sexual precoce, também são fatores que contribuem para afirmar a realidade de comunidades populares, onde muitas vezes não há acesso a informações adequadas quanto à gravidez na adolescência, aumentando o risco para a mesma.

O contexto familiar exerce influência direta na decisão de quando iniciar a vida sexual e de como mantê-la de forma responsável. Mas quando há um comportamento intrafamiliar conturbado, em que não há diálogo, afeto e orientação para o adolescente, ele pode buscar fora do âmbito familiar um meio para suprir suas carências, talvez uma família própria – no caso da mulher, com uma gestação. Mas devido a desestrutura emocional e pessoal do casal adolescente, esse sonho nem sempre se realiza e ocorrem desajustes e desagregação familiar. Isso afeta principalmente a criança, que pode sofrer com rejeição, maus tratos, carência afetiva, entre outros.

A sociedade, além da família, tem uma grande participação nas atitudes do adolescente. Atualmente, com as profundas mudanças em sua estrutura, a sociedade tem aceitado melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro de sua realidade. Entretanto, uma gravidez na adolescência é acompanhada por uma série de consequências que variam entre biológicas, familiares, emocionais e econômicas, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade, já que na visão dos adultos, pais e profissionais, suas vidas deveriam estar organizadas nas seguintes etapas: escolarização, profissionalização, trabalho, casamento, filhos.

Para que essa situação possa ser enfrentada pela adolescente é de extrema importância o apoio da família, não para punir, mas para orientar sobre os deveres e responsabilidades na construção da nova família, e também do então pai da criança, para dar segurança e um suporte a mais, tanto financeiramente quanto emocionalmente.

Na tentativa de evitar que adolescente, criança e sociedade venham a enfrentar tantas consequências decorrentes de uma gravidez não planejada, deve-se trabalhar de forma preventiva, as múltiplas causas que a desencadeia. Uma das formas de se trabalhar essas causas é fazer uso da educação como ferramenta, juntamente com os profissionais de saúde. O Programa Conexões de Saberes e o Projeto Conexão-Saúde são espaços importantes para que discussões dessa natureza sejam estabelecidas durante o processo de formação do jovem universitário.

Por isso, o Programa discute a temática gravidez na adolescência, uma vez que é relevante no processo de formação e de atuação profissional, considerando a frequência de jovens que enfrentam essa situação e as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para lidar com a mesma, em função de uma formação muito centrada nos aspectos biológicos, enfatizando pouco os aspectos sociais.

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir um relato de caso de uma adolescente e seus dilemas frente a uma gravidez, aproximando os estudantes universitários envolvidos no Projeto Conexão-Saúde a esse assunto.

As informações foram obtidas por meio de entrevista adotando-se como instrumento de coleta um questionário semi-estruturado que abordava questões familiares, biológicas e sociais relacionadas à adolescência. O contato com a adolescente ocorreu em uma das ações realizadas pelo Projeto Conexão-Saúde em uma comunidade popular do município de Vitória. A adolescente, que recebeu o nome fictício de Gisele, após aceitar participar da entrevista, assinou um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados fornecidos para este relato de caso.

RELATO DE CASO

Gisele, 15 anos, sexo feminino, solteira, estudante (5ª série), católica não-praticante, renda familiar de aproximadamente R\$ 700,00 (setecentos reais), reside com seu filho, nove irmãos, mãe e padrasto em uma casa com seis cômodos, de alvenaria, pertencente à mãe e localizada em um bairro do município de Vitória, ES.

Relata não frequentar a Unidade de Saúde (US) de seu bairro e nunca ter feito um tratamento odontológico. Só buscou a US quando fez pré-natal e na época que era gestante. Depois disso, não procurou mais a US.

Gisele é fumante desde os 12 anos. Já ingeriu bebida alcoólica, foi usuária de maconha, cocaína e crack. Relatou ser usuária durante os 12 e 13 anos, quando namorava um rapaz de 18 anos que também era usuário frequente. E esse mesmo rapaz é pai do filho dela, que tem 2 anos de idade. Ela relatou que o pai da criança nunca a ajudou. Atualmente ela relata não ter parceiro sexual.

Quando questionada a respeito de seu relacionamento com sua família ela disse que com seu filho a sua relação é ótima. Queixou-se de seus irmãos que são indisciplinados e que a cansa, pois ela é a mais velha dos irmãos e é quem cuida dos mesmos durante o dia, pois sua mãe trabalha como doméstica. Já com sua mãe e seu padrasto, relatou ter uma relação péssima. Queixou da mãe que nunca a apoiou na vida, nem durante seu namoro e gestação; e do seu padrasto, pois é usuário de drogas, alcoolista e muito agressivo. Ele agride a mãe dela frequentemente e também já a agrediu. Diz ter desgosto pela mãe e pelo padrasto. Quando questionada sobre o porquê de não denunciarem o padrasto, ela disse que a mãe não denuncia, pois diz amar muito ele, e ela não o denuncia por medo.

Os irmãos dela têm uma diferença de idade de 2 anos aproximadamente entre eles. De acordo com o que Gisele relatou, nenhum

ingere bebida alcoólica ou é usuário de drogas, e que eles não presenciavam o padrasto usar droga (“pedra”). Entretanto, todos os irmãos presenciavam a mãe ser agredida pelo companheiro.

Gisele estuda à noite, e pensa em trabalhar. Durante a entrevista observou-se uma total desesperança em relação ao futuro profissional. Quando questionada sobre a profissão que deseja seguir, após um tempo de silêncio disse: medicina.

Ela afirma categoricamente que não é feliz. Atribui a infelicidade ao seu relacionamento com sua mãe e seu padrasto, com o fato de presenciar violência doméstica e por ter sido também violentada e ainda pelo fato de seu filho ter que presenciar tudo isso. Diz que seria mais feliz se pudesse morar sozinha com seu filho, pois assim estaria longe de seu padrasto e de sua mãe.

DISCUSSÃO

O adolescente é um ser idealista, curioso, contestador e esses sentimentos despertam nele uma necessidade de desafio que, associada à falta de experiência e vivência anterior, pode levá-lo a condutas de risco. A mudança em seu estilo de vida o torna suscetível à violência, aos acidentes, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, entre outros (BRASIL, 1989).

O presente relato de caso expõe a situação de uma adolescente, que aos doze anos, envolveu-se afetivamente com um jovem de dezotois anos, o que resultou numa gravidez não planejada e sem o apoio do parceiro.

Segundo Heilborn et al. (2002), a gravidez na adolescência não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro, pois a adolescência já foi considerada por muito tempo como a idade ideal para a mulher ter filhos. Acompanhando uma tendência internacional, ela assume,

entre nós, sobretudo nas últimas décadas, o status de problema social, pois a fecundidade adolescente assume direção inversa à transição demográfica e isso gera o aumento de sua visibilidade e a torna intrigante. Um outro ponto dessa discussão é que a gravidez na adolescência é apontada como um desperdício de oportunidades, um atraso na vida de uma pessoa que deveria se dedicar aos estudos, à sua carreira profissional e não a um papel precoce o qual, durante tantos anos, as mulheres tentaram se desvencilhar. Daí o fato de os poderes públicos, os organismos internacionais e a sociedade civil olharem com tanta preocupação para esse caso.

De acordo com Del Ciampo et al. (2004), a gravidez na adolescência é multicausal: início cada vez mais cedo da vida sexual - justificado por alguns autores pelas características comportamentais da própria adolescência, como a confrontação com novas emoções e valores, a necessidade de afirmação pessoal e de aceitação pelos outros adolescentes; a modificação de hábitos e costumes sociais, dentre eles a desvinculação da gravidez ao casamento; pouca escolaridade; desenvolvimento puberal mais precoce; pobreza e difícil acesso aos serviços de saúde; ignorância e ineficiente utilização de métodos contraceptivos, além da vulgarização de relacionamentos íntimos veiculados por toda a mídia e as novas modalidades de relacionamento, como o ficar, que além de não envolver *compromisso* entre os parceiros, funda-se na imprevisibilidade: ele pode resumir-se a um encontro (com ou sem ato sexual) ou desembocar em um namoro.

Logo esses impasses, segundo Heilborn et al. (2002), são reforçados pela atitude dos homens, que encaram a contracepção como um problema feminino, mas reservam para si a palavra final quanto ao uso da camisinha. Todos estes fatores têm contribuído para que a gravidez e os partos de adolescentes tivessem aumento nos últimos 20 anos.

Outra questão associada à gravidez na adolescência é a frequente negligência dos adolescentes, pois é típico o rapaz decidir não assumir a gravidez e/ou criança, negando-se a registrá-la e a comparecer no seu sustento. A justificativa mais comum é a desconfiança da real paternidade e o questionamento da retidão mo-

ral da parceira, classificando a relação como estritamente sexual, o que às vezes não corresponde à visão que a adolescente tem do relacionamento.

Diante destas circunstâncias, um grande problema social vem à tona. Quando o pai da criança não assume todas as suas responsabilidades e a mãe não tem maturidade o suficiente para se dedicar ao filho e conciliar os estudos, trabalho e a própria fase em que vive, que é considerada crítica, a criança será cuidada ou pelos avós – geralmente maternos, ou, quando os mesmos não apóiam, por outros familiares, vizinhos, amigos, Centros de Educação Infantil (CEI), e outros. Mas o problema surge quando essa criança cresce sem o real apoio de alguém que sirva como um bom exemplo, e assim, acabe vivendo nas ruas, envolvida em criminalidade, drogas e a mercê da violência e dos traficantes. Esse é o problema hoje em nosso país. Pois atrelado à gravidez na adolescência está à imaturidade e irresponsabilidade dos pais que não assumem o seu papel.

Como afirmam Taquette et al. (2004), os adolescentes em geral sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, mas mesmo assim não o usam, justificando esse fato com o esquecimento, custos e desprazer na relação sexual. É aí que os profissionais de saúde devem atuar seriamente. Uma estratégia que pode dar certo com os jovens e adolescentes é associar a camisinha ao prazer resultante da segurança que ela proporciona. Não usá-la significa risco de gravidez indesejada, doença e morte. Entretanto, concomitantemente a essa estratégia, deve-se atuar com outras medidas de redução do risco de contaminação por DST-AIDS igualmente importantes: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é dever do Estado proporcionar políticas públicas que beneficiem a juventude brasileira. Porém, conforme afirma Abramo (1997, p. 26), *“no Brasil, diferentemente de outros países, nunca existiu uma tradição de políticas públicas especificamente voltadas para a juventude”*. Prova disso é que só recentemente, e lentamente, a juventude foi incorporada à agenda pública brasileira como um segmento que, apresenta demandas espe-

cificas e como tal, requer ações específicas do Estado. Como exemplo pode-se citar a criação - no ano de 2005, durante o governo Lula - de uma Assessoria Especial para Assuntos de Juventude, vinculada ao Ministério da Educação.

Quando se fala em políticas públicas específicas para a juventude, torna-se imprescindível a participação dos jovens na elaboração das mesmas, especialmente aqueles das camadas mais populares da sociedade. Vários movimentos, pesquisadores e organizações sociais concordam que assim as políticas públicas de juventude serão mais efetivas e democráticas. Como destaca Pontual:

(...) não se pode mais imaginar políticas públicas suficientes e eficazes se elas não incorporarem os atores diretamente interessados. Essa incorporação pode envolver momentos de consulta e escuta, mas tem que chegar ao momento da deliberação. (...) o grande desafio é criar espaços específicos, deliberativos para as pessoas que estão envolvidas na construção dessas esferas de políticas públicas (2003, p. 114).

De acordo com Moraes (2007) o contexto nacional exige a elaboração de políticas que trabalhem diretamente o potencial do jovem e desenvolvam seu conceito de cidadania e participação ativa na sociedade. Mas as políticas públicas brasileiras são, em geral, compensatórias e procuram, essencialmente, corrigir desigualdades e demandas mais gritantes e urgentes. E é, ou deveria ser, nítido para o Estado e para a sociedade, que somente através da educação o jovem se tornará um agente transformador de sua realidade social. E como a educação “formal” disponibilizada nas escolas e universidades não é suficiente para esse processo de metamorfose, tornam-se imprescindíveis programas como o Conexões de Saberes.

Segundo Novaes (2000), infelizmente hoje há poucos jovens engajados em trabalhos sociais. Contudo, mesmo numericamente reduzidos, não deixam de indicar um novo e importante fenômeno social.

Como afirmou Paiva (2000, p. 42), *“aquilo que é Lei, que está nos manuais, que é regra, é passível de discussão, de interpretação”*. Mas para analisar, questionar, discutir é necessário ter consciência política e caráter revolucionário. É preciso ter participação. O jovem é revolucionário. É dele que saem as novas propostas, apesar de nossos poderes afirmarem que o jovem tem todos os defeitos do adulto - e mais a imaturidade.

Quanto mais instrução os jovens tiverem, maiores produções terão e, conseqüentemente, maior desenvolvimento do país e maiores as chances para a prática política e educacional dos mesmos. (MORAES, 2007).

O meio social influencia o comportamento do ser humano, principalmente dos adolescentes que vivem um período de transformação e tomadas de decisões, as quais definirão a personalidade e o futuro do indivíduo. Influenciada por seu namorado, Gisele tornou-se usuária de drogas durante dois anos, incluindo nesse tempo o período de gestação.

De modo geral pode-se dizer que as substâncias utilizadas pela mulher durante a gravidez atingirão diretamente o feto. Segundo especialistas, a placenta – que envolve o bebê – tem, entre outras funções, filtrar substâncias presentes no sangue da mãe, e que poderiam ser prejudiciais. Acontece que a placenta não filtra tudo. É permeável a algumas substâncias necessárias para o desenvolvimento do bebê e também a alguns elementos prejudiciais ao feto, como vírus e algumas drogas, sejam elas utilizadas com fins terapêuticos ou não. Essas substâncias têm uma relação direta com problemas de desenvolvimento e irregularidades das funções dos órgãos.

Os problemas decorrentes do uso de drogas acometem não só o bebê, mas também a mãe e a qualquer outro usuário. Apesar dos riscos bem conhecidos, as pessoas continuam a abusar de drogas, e esse abuso continua a destruir vidas. O problema é grave e leva à degradação social, física, psíquica e moral do indivíduo. Essa é uma importante causa da destruição de muitos lares.

Quando se fala sobre o uso de drogas, Carlini-Marlatt (2003) relata sobre a existência de três posturas: a primeira visa erradicar a dro-

ga da Terra e evitar, a todo custo, que o jovem entre em contato com as drogas, e vê a educação, conscientização e melhoria na qualidade de vida como perda de tempo; a segunda aposta na educação, como forma de prevenção ao uso das drogas, mas considera os que já são usuários como caso perdido; e a terceira - mais bem elaborada e que tem sido gradativamente aceita na sociedade é a redução de danos. Cabe referir que a redução de danos:

(...) Evita advogar a erradicação das drogas da face da Terra (Guerra às Drogas) e não compactua com a punição e discriminação daqueles que já usaram ou usam drogas. (...) Centra suas ações na construção de parcerias com as populações envolvidas no uso de drogas, ou em risco de se envolverem, na tentativa de formular propostas que sejam realistas e que possam promover a saúde das pessoas sem recorrer a mecanismos de punição (CARLINI-MARLATT, 2003; p. 192)

Essa postura defende ainda, que os objetivos de mudança devem ser estabelecidos a partir da ótica e da possibilidade dos grupos sociais que fazem o uso ou que estão em alto risco de fazê-lo, e não puramente sob a ótica de teóricos e cientistas, pois não envolver os atores principais nesse processo de mudança, é correr o risco de exigir o ideal daqueles que já há muito se afastaram dos valores sociais dominantes, convidando, praticamente, esses indivíduos ao fracasso.

Diante desses riscos abordados, a família é indicada, por um estudo de Taquette et al. (2004) como um importante fator protetor. Viver numa família que instrua, cuide, proteja, dê apoio e onde haja diálogo e um bom relacionamento é primordial para a formação de indivíduos emocionalmente equilibrados, que tenham princípios e valores bem determinados, para que suas escolhas sejam feitas de modo a não prejudicar sua saúde e sua vida social. Contudo, na análise deste relato, percebe-se que não há nenhum apoio, nem por parte da família da adolescente, nem do pai de seu filho. A família apresenta-se fragi-

lizada pelo fato de o padrasto ser usuário de drogas (crack, álcool) e, isso influenciá-lo a praticar a violência intra-domiciliar; pela ausência do papel de mãe, que possibilite apoio e diálogo e pela responsabilização imposta a esta adolescente, devido a sua estrutura familiar.

A partir do âmbito familiar que essa adolescente encontra-se inserida apreende que a mesma não se vê como uma pessoa com bem estar. Pois, parte-se do princípio de que felicidade é o estado de satisfação, sentimento de bem-estar, contentamento. Alegria é divertimento. Auto-estima é a aceitação que se tem de si próprio. São termos subjetivos, mas que em geral, segundo Zagury (2003), estão associados ao sucesso afetivo, profissional ou financeiro. No entanto, nem todos apresentam os termos dispostos, o que afeta consideravelmente sua vida, como é observado na história da Gisele.

Gisele mora numa casa com mais dez pessoas, não trabalha, toma conta de seus irmãos e filho e estuda durante a noite. Apresenta o sonho de ser médica, porém sem nenhuma perspectiva disso se tornar real. Ela relaciona sua infelicidade ao seu padrasto, por ele ser uma pessoa agressiva e usuário de drogas, e ainda por sua mãe se submeter a essa situação. Desejaria morar sozinha com seu filho se isso fosse possível, porque afirma que assim poderia ser mais feliz.

No livro de Alex Kotlowitz apud Günther sobre a história de dois meninos crescendo em Chicago, conta-se que ao perguntar para um deles: *“O que você quer ser quando crescer?”*, a resposta foi: *“Se eu crescer, gostaria de ser motorista de ônibus”* (GÜNTHER, 1999; p. 88). A mesma pergunta feita a um garoto de outra classe social, certamente traria na resposta o tradicional *“Quando eu crescer...”*. Não por acaso, as conjunções aparecem diferentes de acordo com a classe social dos jovens. No primeiro caso, o garoto usa a conjunção condicional *“se”*, pois para ele se tornar adulto é uma possibilidade; já no segundo caso é utilizada a conjunção temporal *“quando”*, pois ser adulto é apenas questão de tempo.

E essa diferença faz todo sentido quando se observam resultados dos diversos estudos feitos com jovens de periferia, e constata-se que eles estão assustados, acuados, sem visualizar perspectivas de futuro. Como mostra o estudo de Souto (2000), os jovens enfrentam um ce-

nário desolador que inclui dificuldades para entrar no mercado de trabalho, violência policial e problemas familiares.

De acordo com Novaes (2000; p. 47), *“nas definições de juventude, sempre há alguém empurrando alguém para ser jovem e não ter poder, ou alguém que está retirando alguém da juventude e levando-o a entrar na maturidade para trabalhar”*.

Mas, como disse Bock (2000, p. 15) *“ao escolher uma profissão, o jovem tem a sensação de impotência. Ele vê o mundo construído e não o percebe como o mundo dele”*.

Essa reflexão feita por Bock revela a angústia de muitos jovens brasileiros, principalmente os de classe popular, em busca de inserção no mercado de trabalho. Esses jovens sofrem mais nesse processo, pois dependem de emprego para prosseguir seus estudos e para contribuir com a renda familiar – que é muito baixa, quando não ocorre de sua renda ser a única para sustentar sua família recém formada, acidentalmente, devido a uma gravidez não planejada. Porém ingressar no mercado de trabalho é uma tarefa árdua. Eles encontram vários obstáculos na sua inserção, como: aparência, idade, grau de escolaridade, experiência profissional, local de moradia, habilidade em computação e inglês. Por isso, há grande demanda de cursos gratuitos de computação e inglês nas Comunidades de Origem Popular, além de cursos profissionalizantes que aumentem a empregabilidade por capacitar o trabalho autônomo. No caso do termo “aparência”, está implícito o preconceito racial, que gera injustiças sociais, compromete a auto-estima e restringe ainda mais os horizontes da maioria da juventude de classe popular. A faculdade é relatada como um sonho, algo fora de alcance. Este segmento da juventude se vê sem requisitos para disputar com igualdade de condições com os segmentos de maior renda (SOUTO, 2000).

Numa sociedade exclusivista, em que a acessibilidade aos bens e serviços é determinada pela renda, o jovem sem recursos financeiros tem limitadas suas possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Diante dessa situação, o jovem pode seguir

por um dos três caminhos: enveredar-se pelo mercado ilegal e criminal; enfrentar uma penosa luta para concretizar ao menos parte de seu projeto de vida e esquecer-se de sua origem; ou reconhecer sua procedência, deixar de lutar unicamente por seus interesses pessoais e se unir ao seu grupo de origem na luta para assegurar seus direitos negados. Somente em uma luta integrada é que o jovem de Origem Popular irá conseguir ter igualdade de oportunidades. Mas nesta luta por igualdade é necessário que se reflita sobre o que o poeta português Boaventura de Souza Santos (apud MANTOAN, 2007) escreveu: *“Temos o direito à igualdade, quando a diferença nos inferioriza. Temos o direito à diferença, quando a igualdade nos descaracteriza”*.

São milhões de jovens que resistem à tentação de se manter por meio de um ganho fácil - como entregar-se à marginalidade, e optam por aceitar os empregos oferecidos, ainda que não correspondam à expectativa salarial e à necessidade (AGNELO, 1999).

O grande escritor italiano Papini apud Agnelo declarou: *“A juventude pode ser reconhecida através de três sinais: a vontade de amar, a curiosidade intelectual e o espírito ofensivo [...]”* (AGNELO, 1999; p. 61). Sendo assim, onde está a juventude na periferia brasileira? Talvez grande parte dela não esteja sendo reconhecida, porque sua vontade de amar foi cruelmente corrompida e substituída pelo desamor; sua curiosidade intelectual degradada pela falta de oportunidades e substituída pela desesperança e o espírito ofensivo, depois de ter feridos sua dignidade e amor próprio, deu lugar ao espírito ofendido.

Foi citado o sucesso afetivo, financeiro e profissional como associados à felicidade e auto-estima; mas nenhum dos três itens está presente na vida da maioria dos jovens de origem popular. Sem claros laços familiares, sem apoio dos estabelecimentos de ensino, das instituições, do governo e da sociedade, com isso, os jovens tornam-se como abortos ambulantes e começam a acreditar que suas dificuldades são seu destino (GÜNTHER, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do relato exposto, percebe-se o grande desafio que os profissionais de saúde enfrentam ao se depararem com situações semelhantes à de Gisele. Para se tratar casos como este, são necessários esforços de uma equipe multiprofissional e que envolvam ações interdisciplinares. E, para a abordagem adequada de casos semelhantes, não se pode focar o olhar apenas nos aspectos biológicos, mas também nas questões sociais, que interferem diretamente na vida e saúde dos indivíduos. A partir dessas considerações, a experiência com este estudo de caso torna-se relevante no processo de formação dos acadêmicos envolvidos no Conexão-Saúde, por possibilitar a estes a ampliação de sua visão frente a determinadas situações comumente encontradas nas comunidades.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo, n. 5/6, p. 25-36, maio/dez. 1997.
- AGNELO, D. G. M. Juventude e Religiosidade. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Organizadores). *Cadernos Juventude, Saúde, e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 57-62.
- BOCK, S. D. A inserção do jovem no mercado de trabalho. In: ABRAMO H. W.; FREITAS M. V. de; SPOSITO M. P. (Organizadores). *Juventude em debate*. 1 ed. Cortez, 2000, p. 11 – 40.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa de saúde do adolescente - PROSAD*. Brasília, nov. 1989.
- DEL CIAMPO, L. A. et al. Tendência secular da gravidez na adolescência. *Pediatria*, São Paulo, 2004; 26 (1):21-6. Disponível em: < <http://pediatria.saopaulo.usp.br> >. Acesso em: 19 fev. 2007.
- DONAS, S. Salud integral y vida estudiantil. *Adolescência y salud*, v. 1, n.1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org> >. Acesso em: 11 de mar. de 2007.
- GÜNTHER, I. de A. Adolescência e Projeto de Vida. In: SCHOR, N.; MOTA, M. do S. F. T.; BRANCO, V. C. (Organizadores). *Cadernos Juventude, Saúde, e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, v. 1, p. 86-91. 1999.
- HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 fev. 2007.
- MANTOAN, M. T. E. *O direito à diferença nas escolas*. São Paulo: Moderna, 2007. Disponível em: <<http://www.moderna.com.br>>. Acesso em: 15 fev. 2007
- MORAES, S. R. O. *Juventude e políticas públicas: o descobrimento do*

papel do jovem na transformação de sua realidade social e educacional. Disponível em: <<http://www.enapet.ufsc.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

NOVAES, R. R. Juventude e participação social: apontamentos sobre a reinvenção da política. In: ABRAMO H. W.; FREITAS M. V. de; SPOSITO M. P. (Organizadores). *Juventude em debate*. 1 ed. Cortez, 2000, p. 46 – 69.

OS AUTORES respondem: Saúde, vida e alegria de ser adolescente! Passos para a ação. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

PAIVA, M. R. Juventude e Mobilização. In: ABRAMO H. W.; FREITAS M. V. de; SPOSITO M. P. (Organizadores). *Juventude em debate*. 1 ed. Cortez, 2000, p. 42-46.

PONTUAL, P. Juventude e poder público: diálogo e participação. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. de C. (Organizadores). *Políticas públicas: juventude em pauta*. São Paulo, 2003. p. 97-119.

ROHR, R. V. *Trabalho e consumo de drogas em estudantes do ensino médio: implicações na qualidade de vida*. 2003.105 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

SOUTO, A. L. S. Jovens e mercado de trabalho: percepção e expectativas de inserção. In: SOUTO, A. L. S.; ALMEIDA, E. de. *Jovens: Políticas Públicas – Mercado de Trabalho*. São Paulo: Polis, 2000. p. 7-38.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* Uberaba, v. 37, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

ZAGURY, T. O adolescente e a felicidade. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

Alcoolismo: despertando universitários para a relevância do tema

Cláudio Henrique Viana Leite¹

Lidyane Nunes Pantoja²

Marluce Miguel de Siqueira³

Renato Camilo Pella⁴

Raquel Baroni de Carvalho⁵

Roseane Vargas Rohr⁶

¹ Odontólogo; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Odontóloga; ex-voluntária do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Enfermeira; Doutora em Ciências Fisiológicas; Pós-doutora pela UNIFESP e UTEXAS/EUA; Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFES.

⁴ Farmacêutico; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão Saúde/UFES.

⁵ Odontóloga, Doutora em Odontologia; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

⁶ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

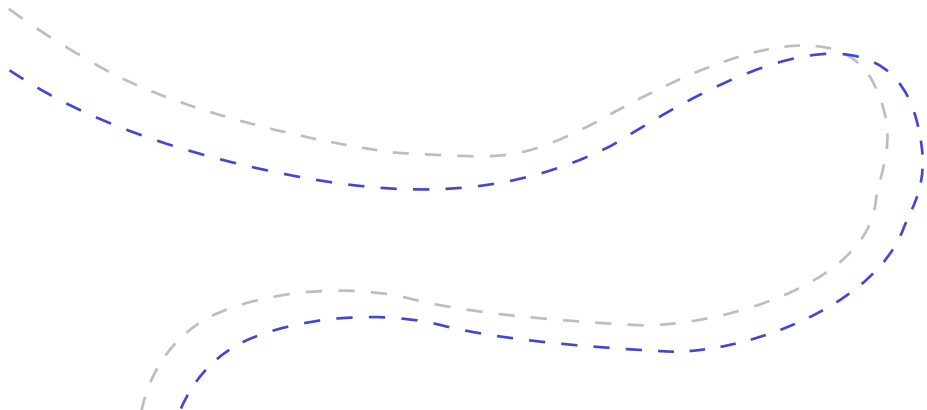
SOLIDÃO



CONFLITO



FUGA



A decorative graphic consisting of a dashed line that starts as a wide arc on the left, then curves downwards and to the right, ending in a series of three overlapping circles of varying sizes.

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma das experiências dos acadêmicos envolvidos no projeto, que realizaram uma entrevista com um paciente que faz uso do álcool, e tiveram a oportunidade de aproximação com a temática.

Existem inúmeras evidências que permitem caracterizar o papel do álcool como fator de risco para doenças e morte. No nível individual, as correlações fisiopatológicas entre ingestão alcoólica e desenvolvimento de problemas de saúde estão bem estabelecidas. No entanto, por ser uma droga lícita e amplamente tolerada socialmente, representa um grave problema de saúde pública. É de suma importância que profissionais de saúde considerem que o consumo do álcool determina um enorme custo social, ao mesmo tempo em que exerce grande influência nos problemas à saúde.

Através deste relato de caso pretende-se explorar aspectos que envolvem a dependência química do álcool e os possíveis problemas causados por esse consumo excessivo. Pretende-se, com isso, despertar os acadêmicos para esta temática tão relevante e presente em nosso meio, ampliando suas ações de promoção em saúde, focalizando não apenas o indivíduo e sua doença, mas influenciando a sociedade, alertando-a para os problemas relacionados ao uso, abuso e dependência do álcool.

ASPECTOS GERAIS DO ALCOOLISMO E AS REPERCUSSÕES INDIVIDUAIS, SOCIAIS E ECONÔMICAS

A história da humanidade está permeada pelo consumo de álcool. Registros arqueológicos revelam que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo ser humano datam de aproximadamente 6000 a.C., sendo, portanto, um costume extremamente antigo e que tem persistido por milhares de anos. A noção de álcool como uma substância divina, por exemplo, pode ser encontrada em inúmeros exemplos na mitologia, sendo talvez um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber ao longo do tempo.

Inicialmente, as bebidas tinham conteúdo alcoólico relativamente baixo, como por exemplo, o vinho e a cerveja, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas na sua forma destilada. Nessa época, este tipo de bebida passou a ser considerada como um remédio para todas as doenças, pois “dissipavam as preocupações mais rapidamente do que o vinho e a cerveja, além de produzirem um alívio mais eficiente da dor”, surgindo então a palavra whisky, do gálico usquebaugh, que significa “água da vida” (VAISSMANM, 2004).

A partir da Revolução Industrial, registrou-se um grande aumento na oferta desse tipo de bebida, contribuindo para um maior consumo e, conseqüentemente, gerando um aumento no número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo de álcool.

Na atualidade, nossa sociedade mantém uma atitude ambivalente em relação ao álcool: por um lado pune a vítima do alcoolismo clas-

sificando-a como “viciado”, “degenerado”, “sem-vergonha”; por outro, incentiva o consumo abusivo através de atrativas campanhas na mídia.

No Brasil, estima-se que 84% dos brasileiros fazem uso ocasional do álcool, 21% o consomem diariamente e 19% têm embriaguez alcoólica semanal. Oitenta por cento dos menores já experimentaram bebidas alcoólicas. Calcula-se uma prevalência de 8 a 10% de abuso e dependência do álcool afetando cerca de oito milhões de brasileiros. O alcoolismo é o responsável por 75% dos acidentes automobilísticos com morte e por 39% das ocorrências policiais, em que a maioria dos homicídios são facilitados pelo uso do álcool (VAISSMANM, 2004).

O alcoolismo é um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool. Por ser uma doença bem frequente, o alcoolismo acaba chamando a atenção das autoridades médicas no mundo todo. O álcool é responsável por mortes todos os anos, especialmente como consequência de acidentes automobilísticos, suicídios, neoplasias, cardiopatias e doenças hepáticas. Nos Estados Unidos, cerca de 50% de todos os homicídios e 25% dos suicídios envolvem o uso da substância. Seu abuso e dependência reduzem a expectativa de vida em cerca de dez anos, além de estarem diretamente relacionados a um grande número de conflitos de ordem familiar e social (SCHUCKIT, 1995).

Luz (1996) revelou uma prevalência de abuso e dependência de álcool que variou, no sexo masculino, de 1 a 27,7% e, no sexo feminino, de 0,7 a 20,1%, de acordo com a população pesquisada, o que parece confirmar a noção de que muitas patologias observáveis em diversas áreas clínicas são de fato decorrência do uso abusivo ou da dependência da substância.

O abuso e a dependência de álcool configuram-se como questão de grande importância clínica, caracterizando-se como grave problema de saúde pública. E como o álcool é a droga que mais se abusa no Brasil e no mundo, ele acaba sendo o responsável por um alto índice de mortalidade (MCGINNIS, 1993; HALSTED, 1997). Além disso, o tabaco e o álcool contribuíram com 4,1% e 1,0%, respectivamente, para a carga de doenças em 2000 (MARQUES, 2004).

O uso do álcool é atribuído pelos próprios sujeitos à necessidade de “esquecer problemas”, ampliar o encorajamento e apaziguar conflitos remanescentes. O álcool funcionaria como um mecanismo de fuga devido à dificuldade do indivíduo em se adaptar a uma determinada realidade.

Para Alonso-Fernandez *apud* Nascimento e Justo,

(...) os alcoolistas apresentam os seguintes traços em comum: a vivência da solidão, a desesperança e a imposição do presente anônimo e passivo. No tocante à vivência da solidão, os autores chamam a atenção para a condição de isolamento do sujeito desde a infância devido à omissão do “outro” em oferecer-lhe amor. Deste modo, o “outro” é visto pelo alcoolista como um ser onipotente e ameaçador que pode e quer destruí-lo, desencadeando, assim, um conjunto de reações emocionais que nutrem seu sentimento de inferioridade física, psicológica e intelectual, fazendo com que o alcoolista recorra sempre à insinceridade como mecanismo de defesa na sua convivência cotidiana. O sentimento de solidão é devastador e insuportável porque assenta-se no aniquilamento de suas esperanças decorrentes da frustração afetiva (2000, p. 530).

O alcoolista é um indivíduo caracterizado por apresentar uma insatisfação frequente consigo mesmo devido à falta de realização profissional na sociedade à qual está inserido. O sujeito se refugia no álcool para alcançar sua satisfação, visto que, sua existência se apresenta, na realidade, permeada por uma sensação de insuportabilidade carregada de sofrimento (MELMAN, 1993).

A identificação precoce do alcoolismo geralmente é prejudicada pela negação dos pacientes quanto à sua condição. Quando o diagnóstico é estabelecido e o paciente concorda com o tratamento, em muitos casos, diversos prejuízos já foram sofridos, sendo mais difícil reverter o processo.

O alcoolismo possui um forte estigma social, e os usuários tendem a negar sua condição evitando enfrentar esse estigma. Esta defesa

natural para a preservação da auto-estima acaba trazendo atrasos na intervenção terapêutica. Para iniciar um tratamento para o alcoolismo é necessário que o paciente preserve em níveis elevados sua auto-estima sem, contudo, negar sua condição de dependente químico, fato muito difícil de conseguir na prática.

O profissional deve estar atento a qualquer modificação do comportamento dos pacientes no seguinte sentido: falta de diálogo com o cônjuge, frequentes explosões temperamentais com manifestação de raiva, atitudes hostis, perda do interesse na relação conjugal. A procura pelo uso do álcool pode se dar tanto para ficar sexualmente desinibido como para evitar a vida sexual. No trabalho os colegas podem notar um comportamento mais irritável do que o habitual, atrasos e mesmo faltas. Acidentes de carro passam a acontecer. Quando essas situações acontecem é sinal de que o indivíduo já perdeu o controle da bebida: pode estar travando uma luta solitária para diminuir o consumo do álcool, mas geralmente as iniciativas pessoais resultam em fracassos.

As manifestações corporais costumam iniciar por vômitos pela manhã, dores abdominais, diarreia, gastrites, aumento do tamanho do fígado. Pequenos acidentes que provocam contusões, e outros tipos de ferimentos se tornam mais frequentes, bem como esquecimentos mais intensos do que os lapsos que ocorrem naturalmente com qualquer um, envolvendo obrigações e deveres sociais e trabalhistas. A susceptibilidade a infecções aumenta e dependendo da predisposição de cada um, pode surgir crises convulsivas. No caso de dúvidas quanto ao diagnóstico, deve-se sempre avaliar incidências familiares de alcoolismo porque se sabe que a carga genética predispõe ao alcoolismo. É muito mais comum do que se imagina a coexistência de alcoolismo com outros problemas psiquiátricos prévios ou mesmo precipitante.

Os transtornos de ansiedade, depressão e insônia podem levar ao alcoolismo. Tratando-se a base do problema, muitas vezes se resolve também o alcoolismo. Já os transtornos de personalidade tornam o tratamento mais difícil e prejudicam a obtenção de sucesso. A recaída é um problema muito frequente no alcoolismo, sendo sua taxa muito alta. O dependente que conseguir manter-se longe do primeiro gole terá mais chances de contornar a recaída.

O álcool é a droga mais utilizada e a que traz maiores consequências ao trabalhador e à organização do trabalho. O uso abusivo de álcool é uma realidade na sociedade, essa droga leva a vários tipos de doenças orgânicas, bem como a problemas familiares, psicológicos, profissionais e sociais, tornando assim, uma questão importante de saúde pública.

Segundo dados de 1990, da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas - ABEAD, o alcoolismo é o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (ZALESK et al., 2006).

Os dados da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP demonstram que de 0,5% a 4,2% do PIB são destinados direta ou indiretamente a problemas relacionados ao uso do álcool, sendo também responsável por três vezes mais licenças médicas do que outras doenças; o álcool e outras drogas aumentam em cinco vezes os riscos de acidentes de trabalho; entre 20% a 25% dos acidentes de trabalho envolvem pessoas intoxicadas pelo álcool; a bebida é responsável por 50% do absenteísmo e licenças médicas; pacientes alcoolistas utilizam oito vezes mais os recursos hospitalares; ao álcool se atribui a segunda causa mais frequente das internações psiquiátricas e representa a causa de 32% dos leitos ocupados em hospitais gerais; o alcoolismo é o quinto responsável pelas consultas ambulatoriais, sendo a causa mais frequente das aposentadorias precoces e dos acidentes de trabalho; representa o terceiro item das causas de afastamento do trabalho em todo o país (VAISSMAN, 2004).

Na década de 80 muitas empresas passaram a desenvolver programas de prevenção e tratamento do alcoolismo no local de trabalho em função das consequências advindas desta dependência. A adesão dos trabalhadores alcoolistas ao programa de tratamento implica em menos dias de afastamento ao trabalho por licença médica. Além de aumentar a qualidade de vida do indivíduo bem como sua produtividade.

Com relação aos dados socioeconômicos salientamos que a indústria de bebidas no país colabora com 10% de toda a arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), porém o governo

não tem ideia dos gastos com o tratamento dos alcoolistas e dos prejuízos causados por eles, como por exemplo, sua baixa produtividade e gastos com o internações e tratamento não só com o alcoolista mas, também com sua família que na maioria das vezes é desestruturada pela dependência (VAISSMAN, 2004).

FORMAS DE PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO

É essencial sensibilizar o alcoolista do problema que ele está passando. O apoio de pessoas próximas é fundamental. Mas são necessárias medidas coletivas para que de fato, o problema seja minimizado em nossa sociedade. A prevenção, portanto, exige duas abordagens principais: reduzir a oferta e diminuir a demanda de álcool. A primeira consiste no controle da oferta através de taxação e regulamentação de preços, introdução de restrição quanto a locais e horários, bem como a regulação de propaganda, horário na televisão, inclusive alertando sobre os prejuízos causados pelo consumo abusivo. Estas medidas cabem aos órgãos governamentais competentes. A segunda medida refere-se à redução da demanda e aí estão incluídos os programas ligados à promoção e educação em saúde que focalizem a utilização abusiva do álcool como temática principal (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

O principal ponto da ação preventiva é o esclarecimento que o alcoolismo é uma enfermidade crônica, em muitos casos, fatal, mas que é possível o seu tratamento. Portanto, retirar todo e qualquer conteúdo moralista do consumo abusivo do álcool. O alcoolista não é um insensato, leviano, irresponsável, mas um indivíduo que precisa de ajuda.

Como é sabido que em algumas categorias profissionais há maior risco de abuso de álcool devido justamente a situações frequentes de isolamento, jornada extensa de trabalho, estresse, etc., medidas devem ser tomadas para amenizar tais situações.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Alcoólicos Anônimos — AA é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O AA não está ligado a nenhuma religião, movimento político, organização ou instituição. Interessa-se pela recuperação individual e manutenção da sobriedade dos alcoólicos que procuram ajuda. De acordo com a irmandade, existem pessoas que não são capazes de adotar uma postura que possa melhorar o seu relacionamento com a sociedade em que vivem e, portanto, têm menor chance de se recuperar. Existem também as que sofrem de graves distúrbios mentais e emocionais, mas muitas delas se recuperam, se tiverem a capacidade de serem determinadas e perseverantes na meta “abstinência”, condição fundamental para a recuperação do indivíduo e sua reinserção social (ALCOÓLICOS, 2004).

RELATO DE CASO

Para realizar este estudo de caso, os acadêmicos foram orientados a entrevistar alguém da comunidade que estava sendo atendido pelo projeto durante uma jornada de saúde, e através desta aproximação, identificar os possíveis problemas de saúde. O indivíduo escolhido foi esclarecido quanto ao objetivo do trabalho adotando-se um termo de consentimento para sua participação, e o nome aqui apresentado é fictício, preservando seu anonimato.

Felício, pardo, 30 anos, etilista e tabagista, apresentou glicemia capilar de 50mg/dl, relatando que havia se alimentado poucas horas antes da realização do exame. O resultado apresentado encontrava-se

muito abaixo do padrão esperado, em jejum é de 70 a 99mg/dl e no período pós-prandial é de 70 a 140mg/dl (BRASIL, 2006). Ele também relatou muita tontura, mas não procurava o serviço de saúde por não acreditar que poderia estar doente. Um dos primeiros aspectos percebidos pelos estudantes integrantes do Conexão-Saúde era que Felício exalava forte cheiro de álcool. Relatou fazer uso do álcool e tabaco, principalmente quando sentia raiva e estava com problemas. Começou a ingerir bebida alcoólica ainda na adolescência. Para ele, a felicidade estava ligada ao dinheiro. Ele teve uma infância e início da adolescência bastante sofrida, estudou apenas até o primário. Apanhava muito do pai, e em consequência disso foi adotado por uma tia, porém resolveu sair de casa aos 13 anos para buscar sua independência. Atualmente tem uma renda mensal de R\$ 1.000,00 e considera esse salário insatisfatório, pois afirma que se ganhasse mais talvez fosse mais feliz. Ele trabalha numa oficina de móveis onde reside de favor. Não tem família, queixando-se de solidão, afirmando que vive para alimentar sua dependência. Não demonstra satisfação com a comunidade onde vive e nem interesse em aproximar-se da mesma.

De acordo com algumas informações coletadas, pudemos observar que Felício sofre com o alcoolismo, que é certamente um dos grandes problemas da sociedade. O uso de bebidas alcoólicas remonta aos tempos mais antigos sendo até os dias atuais apreciado por indivíduos de diferentes culturas. Entretanto, a dependência se estabelece quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos (LARANJEIRA; SURJAN, 2001).

Há algumas sociedades que consideram o uso de bebidas como algo divino, sendo uma espécie de passagem em que o indivíduo pode mudar de estágio quando faz o uso. O uso de bebidas alcoólicas, além do motivo anterior tem outros, como beber para a pessoa se sentir mais “leve”, desinibida, ou seja, ampliar o relacionamento com outras pessoas. Entretanto, indivíduos recorrem à bebida alcoólica para esquecer dos problemas, das angústias, dos medos que os atormentam. Esses encontram no álcool uma espécie de fuga da realidade, para apaziguar aquilo que lhes faz mal, que não o agrada.

Felício relatou alguns conflitos familiares durante sua infância e adolescência que poderiam ter motivado o uso do álcool como fuga (pelo menos durante algum tempo) de seus problemas. Relatou ter sofrido bastante, pois apanhava do pai, e a partir disso, na adolescência começou a ter seus primeiros contatos com a bebida, saiu da casa do pai e foi viver com uma tia e pouco tempo depois deixou a casa da mesma continuando com a ingestão de bebida alcoólica e desde então passou a viver só, que por sinal pode ser uma outra razão para o seu refúgio na bebida, ou seja, a solidão.

O conflito familiar é uma importante contribuição para o abuso e dependência do álcool, a falta de uma estrutura que propicie o indivíduo a ter limites e observar outras maneiras de resolver as diversas situações do dia-a-dia. Essa solidão e os problemas familiares associados à raiva que sentia dos problemas diários o levam a se refugiar no álcool. O paciente relata problemas de solidão e isso o torna isolado socialmente, uma vez que não considera que está precisando se cuidar e por isso não procura os serviços de saúde, ou seja, se excluir socialmente, não acreditar que possa melhorar com os cuidados dos serviços públicos e de outras pessoas que possam ajudá-lo.

O baixo nível de glicemia capilar em Felício pode indicar que o paciente tem risco para deficiências nutricionais. O álcool é altamente energético e em geral, os pacientes alcoolistas alimentam-se inadequadamente desenvolvendo alterações no padrão alimentar. Vale destacar que, pacientes alcoolistas crônicos podem desenvolver diabetes mellitus, portanto, a verificação dos níveis de glicemia é um dado importante a ser avaliado. Foi também verificado no relato de caso que Felício também é consumidor de tabaco, e sabe-se que álcool e tabaco frequentemente estão associados e podem causar doenças como, por exemplo, o câncer bucal.

O álcool é um importante agente potencializador do efeito carcinogênico do tabaco porque aumenta a permeabilidade das células a esses agentes. Portanto Felício, como um consumidor de bebidas alcoólicas e tabagista tem grande predisposição a desenvolver o câncer bucal. Fica caracterizado que o álcool é sem dúvida um grande fator contribuinte na causa de doenças graves. Felício revelou na sua entre-

vista que não era feliz com sua renda mensal. Mas, comparando com a média de renda nacional, pode-se dizer que o entrevistado ganha bem mais do que a média da maioria dos brasileiros com baixa escolaridade, que é de R\$ 395,00 (IBGE, 2006). Isso desperta a reflexão: dinheiro traz felicidade? O dinheiro permite acesso a inúmeros bens e serviços, entretanto, para que o ser humano seja feliz, outros aspectos em sua vida precisam estar em plena harmonia, embora felicidade seja algo muito individual, subjetivo e difícil de ser debatido. Felício investe grande parte de seu recurso financeiro para alimentar sua dependência química, comprometendo sua qualidade de vida.

Os serviços devem estar preparados para lidar com esta temática, não apenas tratando do aspecto biológico, mas também das questões psicológicas e espirituais do paciente, para que ele consiga ter êxito no seu tratamento. Percebemos que há serviços que abordam apenas os aspectos biológicos e outros, apenas o espiritual. Felício precisa de um cuidado integral e humanizado, com uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, para que vença este grande desafio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool em todo o mundo é algo comum, aceitável e apreciado pelas diversas sociedades, seja ele como algo que sirva de ritual de passagem, para diversão, etc. Há uma tolerância social muito grande quanto ao uso do álcool, principalmente por ser uma droga lícita. Exceder sem dúvida é o caminho para a dependência, para o refúgio no álcool e para que a pessoa chegue ao limiar entre beber socialmente e ser um alcoolista é algo que foge à capacidade de controle, uma vez que as pessoas passam a ver no álcool o refúgio de seus problemas, de suas angústias e inquietações, como no relato de Felício que adquiriu o hábito de beber, possivelmente por distúrbios familiares ao longo da sua vida.

Fazer com que o indivíduo não ultrapasse esse limiar é algo utópico, pois não se pode controlar a razão pela qual uma pessoa possa

recorrer ao álcool. A abstenção ao uso da bebida deve ser a meta principal no tratamento do alcoolista. Entretanto, é importante trabalhar também com as possíveis razões que levaram os indivíduos a recorrerem ao álcool. Dessa forma pode-se perceber melhor as causas fazendo a pessoa entender que é fundamental que ela esteja motivada para o tratamento que se baseará no auto-controle, admitindo seu problema e que é fundamental ter consciência de que deve se tratar para assim poder ter saúde, não como o sentido oposto ao de doença, mas como qualidade de vida, que é o que todos devem buscar.

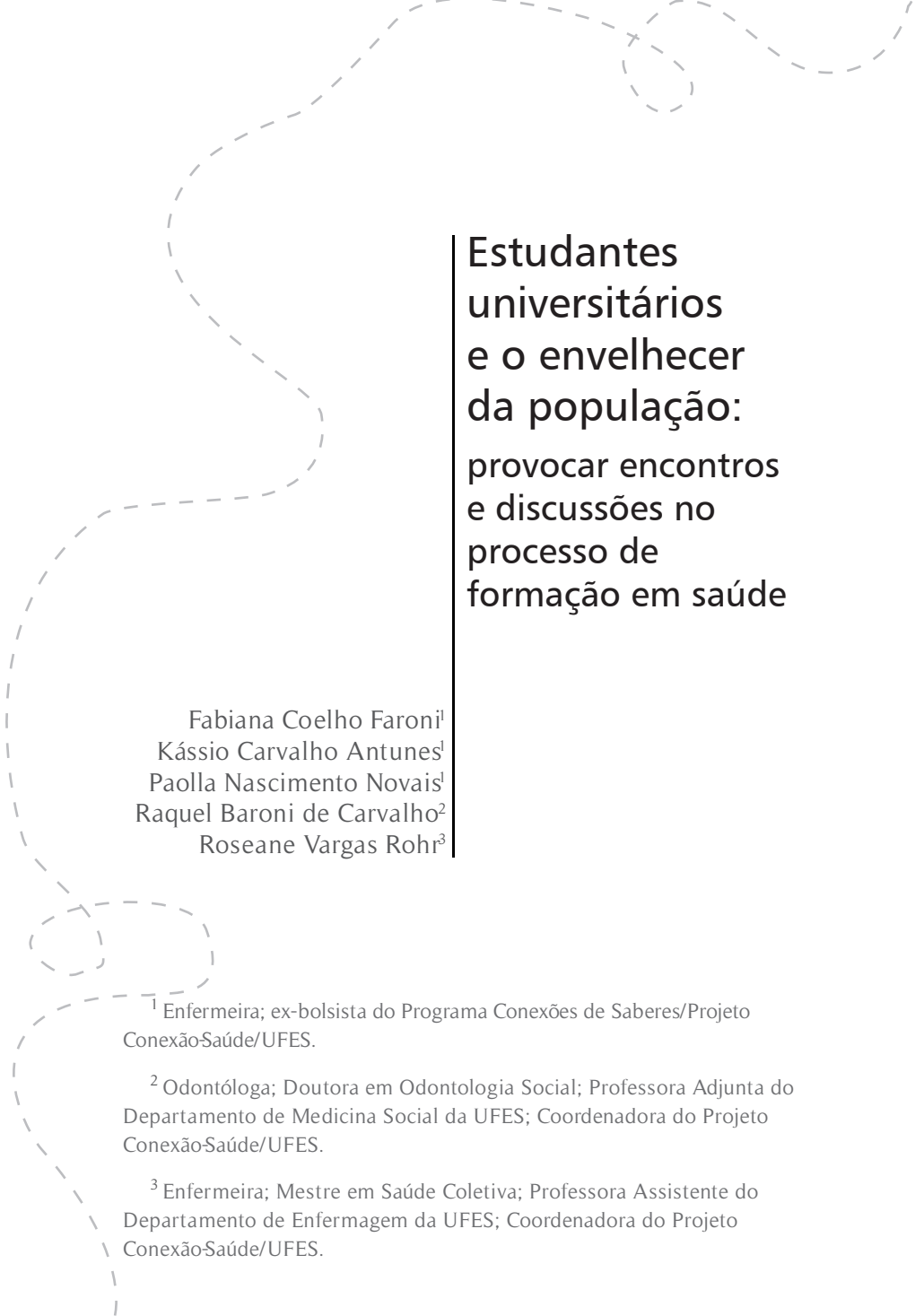
O alcoolismo não é apenas causa de adoecimento dos indivíduos e morte no mundo todo, relacionando-se a diversas consequências sociais negativas, também é causa de distúrbios familiares, de problema de relacionamento com outras pessoas e com a sociedade em geral. Portanto, é necessário ver o alcoolismo como um fator social que implica em um comprometimento da qualidade de vida tanto dos que são acometidos por essa doença quanto por aqueles que têm de conviver com tal situação.

REFERÊNCIAS

- ALCOÓLICOS anônimos no Brasil: como funciona. São Paulo, 04 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Diabetes mellitus*, n. 16. 2006. Disponível em: <<http://ww.scrib.com>>. Acesso em: 20 mar. 2007.
- HALSTED, C. H. Alcohol: efectos clínicos y nutricionales. In: OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Conocimientos actuales sobre nutrición*. Washington, DC: OPS; 1997. p. 584-593.
- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. *Departamento de Populações e Indicadores Sociais*, 2006. Rio de Janeiro. IBGE.
- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatria*, v. 26 (Supl.I): p. 68-77. 2004.
- LARANJEIRA, R.; SURJAN, J. Conceitos básicos e diagnóstico. *J. Bras. Dep. Química*, v. 2 (Supl. I): 2-6. 2001.
- LUZ, E. Álcool: uso nocivo e dependência. In: J. G. V. Taborda, P. Prado-Lima, E. D. Busnello e cols. *Rotinas em psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996, 83-99.
- MCGINNIS, J. R.; FOEGE, W. H. Actual causes of death in the United States. *JAMA*, n. 270: p. 2207-2212. 1993.
- MELMAN, C. Alcoolismo e toxicomania: Uma abordagem psicanalítica. *Temas*, v. 23, n. 45, p. 41-49. 1993.
- NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre. v. 13, n. 3, p. 529-538. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 fev. 2007.
- SCHUCKIT, M. A. Alcohol-related disorders. In: H. I. KAPLAN & B. J. SADOCK (Orgs.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6th ed. Baltimore, USA: Willians & Wilkins., p. 775-791. 1995.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo no trabalho*. Editora Garamond Ltda; 2004. p. 183-218.

ZALESKI, M; LARANJEIRA, R. R.; MARQUES, A. C. P. R. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool de outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 2006; v.28, n. 2:142-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 fev. 2007.



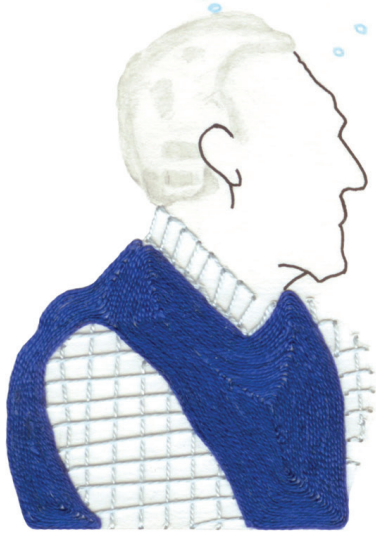
Estudantes universitários e o envelhecer da população: provocar encontros e discussões no processo de formação em saúde

Fabiana Coelho Faroni¹
Kássio Carvalho Antunes¹
Paolla Nascimento Novais¹
Raquel Baroni de Carvalho²
Roseane Vargas Rohr³

¹ Enfermeira; ex-bolsista do Programa Conexões de Saberes/Projeto Conexão-Saúde/UFES.

² Odontóloga; Doutora em Odontologia Social; Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.

³ Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFES; Coordenadora do Projeto Conexão-Saúde/UFES.



A decorative graphic consisting of a long, thin, dashed line that starts from the left edge of the page, curves upwards and to the right, then loops back down and to the left, ending in a small circle. The line is light gray and has a consistent thickness.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um desafio do mundo atual que afeta países ricos e pobres. Estima-se que cerca de um milhão de pessoas cruzam a barreira dos 60 anos de idade a cada mês, em todo o mundo. Possivelmente, no ano 2025, entre os 11 países com as maiores populações de idosos, oito estarão na categoria de países em desenvolvimento, evidenciando uma transposição das grandes populações idosas dos países desenvolvidos para países tidos como caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão (MAIA, 2006).

No Brasil, em 1940, os idosos eram 1,7 milhão e em 2000 atingiram os 14,5 milhões, um aumento de nove vezes. Estima-se que em 2020 alcancem os 30,9 milhões, colocando o País entre os sete com as maiores populações de idosos (MAIA, 2006).

Dentre os estudos sobre envelhecimento populacional, uma área que tem recebido bastante atenção é a “feminização da velhice”, constatado pelo Relatório Nacional Brasileiro sobre o envelhecimento da população, que em 2000, verificou-se que dos 14,5 milhões de idosos 55,0% eram do sexo feminino, o que reflete uma taxa de crescimento mais elevada em relação ao segmento masculino. Além disso, segundo Camarano (2003) é reconhecido que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada.

A maior preocupação com a questão do envelhecimento populacional e, em especial, com o feminino, decorre do fato de se encarar esse contingente como dependente e vulnerável não só do ponto de

vista econômico, como também de debilidades físicas, o que pode acarretar perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano. Fala-se aqui de mulheres que estão no seu último estágio da vida, o qual é associado com a retirada da atividade econômica, com taxas crescentes de morbidade, principalmente por doenças crônicas, de mudanças na aparência física, além do aparecimento de novos papéis sociais, como o de ser avós ou chefes de família, em decorrência da viuvez (CAMARANO, 2003).

Conforme já se mencionou, não obstante as mulheres viverem mais, elas experimentam piores condições de saúde. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD Saúde de 1998 mostram que aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportaram estarem em boas condições de saúde. As mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentarem as doenças típicas da última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração e depressão (CAMARANO, 2003).

Sendo assim, o objetivo do presente capítulo é relatar a experiência dos estudantes universitários envolvidos no Projeto Conexão-Saúde, ao entrevistar uma usuária atendida por ocasião de uma das atividades do projeto. Por meio deste relato de caso pretende-se levantar alguns aspectos importantes do processo de envelhecimento, despertando os acadêmicos durante o seu processo de formação para maior aproximação e envolvimento com a temática. Foi adotado um termo de consentimento, prestado todos os esclarecimentos necessários e o nome da usuária do caso apresentado é fictício, preservando-se o anonimato.

ESTUDO DE CASO

Joana, sexo feminino, 63 anos, ensino fundamental incompleto (5ª série), desquitada, viúva, católica, mãe de oito filhos, residente em bairro

popular do município de Vitória, natural de Minas Gerais. Exerceu várias profissões (lavradora, bordadeira, auxiliar de pedreiro e etc.) e vive de aluguel de pequenos casebres.

Relata ter sofrido uma queda quando trabalhava na construção civil e devido a este acidente, informa sentir fortes dores de coluna. Apresenta também, visão turva e artrite [...] *meus dedos das mãos ficam sempre inchados, e às vezes choro porque não consigo tecer [...]*. A mesma demonstra uma enorme vontade de trabalhar, no entanto, a presença de alguns problemas de saúde a impedem, tais como: pedra na vesícula, náuseas, fadiga e vertigem ao andar, como observado na fala, [...] *tenho a sensação de que vou desmaiar principalmente quando saio sem comer nada [...]*. Outro problema que a deixa muito constrangida é a incontinência urinária [...] *tenho bexiga arriada e fico aflita quando vou à rua, porque receio urinar na roupa [...]*.

Relata ter diagnóstico médico de cisto no fígado e refere hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes, adquire as medicações na unidade de saúde e quando há falta, fica sem o medicamento, pois não há meios para adquiri-lo, [...] *já tenho três receitas em casa porque não encontro no posto e não posso comprar [...]*. Frequenta a Unidade de Saúde do bairro vizinho, relata que ao recorrer à unidade é sempre bem atendida, por isso gosta de todos. Joana descreve da seguinte maneira o funcionamento do serviço na unidade de saúde: [...] *Às vezes tem que ir de madrugada para pegar ficha, outras vezes, é por agendamento e não precisa chegar cedo. Mas muitas vezes a falta de médicos bons deixa a desejar no atendimento a gente. Já fiz vários exames no posto e já me consultei com clínico geral e ginecologista. Já fiquei sem remédios várias vezes, já fiquei sem dinheiro 6 meses e sem os remédios e por isso tomava chá do mato [...]*.

Quanto à violência a mesma informa que no seu bairro não tem segurança, vive assustada e amedrontada [...] *não tem nem palavra, fico assustada, você não pode falar nada, não sei nada, a porta vive atacadada, tem que ficar quieta, não sabe de nada, nós tamos muito mal, tráfico na rua à noite toda, não pode olhar pra rua que eles gritam com você, não tem direito nem de olhar da própria janela, não pode falar nada, e quando eles pedem tem que dá tudo [...]*, desabafa a moradora. A paciente não

se considera feliz por causa da saúde, [...] *a doença me deixa triste não quero nem viver, quero trabalhar ainda, se Deus quiser* [...] menciona a mesma. Quase chorou ao falar que perdeu um filho, assassinado, há oito anos e que não o viu morto, pois estava dopada.

Percebe-se que a paciente em estudo, além do enfrentamento/adaptação às dificuldades (física e psicoemocionais) relacionadas à própria senilidade, depara-se com outras dificuldades advindas do contexto sociocultural e econômico. Essas dificuldades, relativas à moradia, renda, trabalho, alimentação adequada, saúde, acesso a serviços, transporte e lazer, interferem na sua saúde e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

A predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Boa parte desse grupo tem experiência de trabalho no mercado informal, com menos garantias trabalhistas, levando a maior necessidade de assistência por parte do Estado. Joana tem o ensino fundamental incompleto, e já trabalhou como bordadeira, lavradora, ajudante de pedreiro, entre outras. Nota-se que ela dispõe de poucos recursos financeiros e pouca informação acerca de suas patologias e seus direitos como cidadã idosa. Percebe-se que essa situação é vivenciada por muitos idosos no Brasil, por isso se fez necessário a criação de leis que assegurassem os direitos dessa população, que muitas vezes é esquecida pelo setor público.

Envelhecer é um processo composto de perdas e ganhos, não se tratando apenas de um ciclo de vida, mas sim, a construção de um processo contínuo. Apesar da relevância desta fase, constata-se no país a carência de ações sociais destinadas às pessoas com mais idade, bem como não se vislumbra qualquer espécie de preservação de sua história. O idoso, no Brasil, é tratado como um problema e não como parte valorosa da sociedade, ao contrário de outros países, onde existe essa valorização.

Assim sendo, surgem legislações, como o Estatuto do Idoso, que resulta das mudanças históricas, políticas e sociais que o país vem atravessando e exalta as conquistas aspiradas e, por muitos, esquecidas. Contudo, integrar o idoso no sistema social, não significa apenas valorizar conquistas de direitos, mas elaborar mecanismos de controle

que garantam a aplicação destes. Portanto, assegurar a dignidade aos idosos é fundamental para que seja alcançado o fim social almejado, qual seja um verdadeiro Estado Democrático de Direito.

Analisando constituições e leis que visam assegurar a dignidade da pessoa idosa, temos inicialmente a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, que procurou assegurar os direitos e deveres fundamentais a todos os seres humanos. Nela, explicitou-se a proteção social aos idosos como dever do Estado e direito do cidadão. O artigo 203 prevê a assistência do Estado para com o idoso pois garante o direito a um salário mínimo de benefício mensal. Por outro lado, num campo mais amplo, o artigo 230 do diploma acima mencionado, por si só, já era suficiente para garantir a proteção do idoso porque assegura a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhe o direito à vida (SILVA, 2005).

Neste contexto, foi aprovada no Brasil a Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso; a referida norma tem como princípios garantir ao idoso os direitos de cidadania efetiva na sociedade, avalizando a sua autonomia e integração social, bem como promover o bem-estar e o direito à vida, responsabilidades tanto do Estado como da família. Em 1996, surgiu a Lei n.1.948 que oficializou a política de saúde do idoso disciplinando as ações de atenção à saúde aos princípios do SUS e da Política Nacional do Idoso, priorizando ainda mais a figura da pessoa como parte integrante da sociedade (SILVA, 2005).

No Estatuto do Idoso, aprovado em 1º de outubro de 2003 pela Lei n. 1.074, foi alcançada a redução de idade para o idoso, para sessenta anos, com preservação da sua saúde física e mental. A referida lei destaca o papel da família, da sociedade e do Estado, e os torna responsáveis em assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade, bem-estar e direito à vida (SILVA, 2005).

O Estatuto se tornou uma ferramenta que precisa ser divulgada e conhecida pelas comunidades, como um

mecanismo de ação. Contudo, há muito mais a ser feito para colocá-lo em prática. A grande questão trazida com o advento do novo texto de lei é de que este será capaz de modificar a visão da sociedade em relação ao idoso e se irá frutificar a idéia de que este também é cidadão (SILVA, 2005, p. 23).

O Estatuto assegura ao idoso inúmeros benefícios, no entanto, o que se observa é a grande dificuldade em tornar a lei executável. Neste contexto, ao analisarmos o estudo de caso, verificamos que Joana sente-se desamparada pelo Estado, muitas vezes a unidade de saúde em que frequenta não tem os medicamentos prescritos, e sem recursos para comprá-los, recorre ao conhecimento popular: [...] *Já fiquei sem remédios muitas vezes, já fiquei sem dinheiro seis meses e sem os remédios e por isso tomava chá do mato [...]*.

Considerando que cerca de 50% dos idosos têm renda pessoal aproximadamente de um salário mínimo (IBGE, 1998), o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira. Essa observação reforça a necessidade de políticas neste país para melhorar o acesso da população idosa aos medicamentos.

Há muitos desafios para a construção de uma sociedade mais justa, o estatuto apenas modificará a realidade vivenciada pelo idoso quando houver a participação de todos os segmentos sociais e não apenas do governo. Torna-se importante valorizar o idoso na sociedade, com o intuito de lhe garantir o desenvolvimento social e o pleno exercício da cidadania, rompendo antigos paradigmas sobre a terceira idade.

Joana frequenta a Unidade de Saúde (U.S.) de seu bairro, vivência inúmeras situações comuns a muitos usuários do Sistema Único de Saúde — SUS, como conviver com a falta de profissionais de saúde e a qualificação dos mesmos, falta de medicação, burocracia para a marcação de consultas, demora no atendimento, entre outras.

Ao se analisar o serviço de saúde na perspectiva da população idosa, Silva (2003) refere que as mudanças demográficas, especialmen-

te aquelas decorrentes do envelhecimento da população e do declínio imediato ou futuro da população economicamente ativa, determinariam um aumento da demanda por serviços de maior complexidade e custo e tenderia a tornar cada vez mais problemática a capacidade de resposta dos serviços.

Note-se que mesmo em países onde essa transição não impõe um perfil “envelhecido” da população de forma imediata, o simples fato de passar a existir uma população que tende a ser predominantemente adulta pode e vem atuando na mesma direção. Isso ocorre porque também os cuidados médicos tendem a ser mais onerosos quando um grupo populacional adulto está submetido a condições de trabalho e obtenção de rendimentos cada vez mais depauperadoras de suas condições físicas e mentais: transformações das condições de trabalho que tendem a se tornar qualitativamente piores dada a maior flexibilidade e instabilidade dos postos oferecidos; aumento de desemprego aberto, etc. Esse é, sem dúvida, o caso de vários países latino-americanos, com destaque para o Brasil (SILVA, 2003, p. 14).

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde. Em países desenvolvidos o uso desses serviços entre pessoas com aproximadamente 65 anos é três a quatro vezes maiores do que o seu tamanho proporcional na população. Isso é o reflexo do aumento da prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos (RUBENSTEIN; NASR apud LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). No Brasil, a razão entre o custo proporcional das internações hospitalares públicas e o tamanho proporcional da população idosa aumenta progressivamente com a idade: 2,3% na faixa etária de 60 a 69 anos, 3,4% entre 70 a 79 anos e 4,3% para 80 anos ou mais (LIMA-COSTA et al., 2000). No caso de Joana, com todas as limitações, tanto financeiras, como sociais, busca a manutenção de sua saúde e o controle de suas principais patologias,

como a hipertensão e o diabetes, duas doenças crônicas prevalentes na população idosa.

A hipertensão arterial vem se transformando progressivamente num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo adultos, em especial os mais idosos, sendo definida pela Organização Mundial de Saúde como a elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica. Sua prevalência tende a ser maior no sexo masculino. Os números são muito variáveis dentro do país, variando de 5,0% a 32,7% em diferentes regiões do Brasil (LESSA, 1993).

Vale ressaltar que entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (BRASIL, 2000).

A Organização Mundial da Saúde considera diabetes uma epidemia. As estimativas mundiais para os próximos anos são de 175,4 milhões de pessoas (BRASIL, 2001). Por isso, o diabetes é considerado um problema de saúde pública, pois atinge grande parte da população, surge em qualquer idade, e está associada a sérios problemas de saúde – como os problemas cardiovasculares – e, se não controlada, pode provocar complicações, como neuropatia, nefropatia e amputações. O Diabetes pode ser classificado em Tipo I ou insulino dependente, Tipo II ou não-insulino dependente, diabetes gestacional, entre outras (LIRA, 2005).

O Diabetes que mais afeta a população idosa é o Tipo II, inclusive na paciente em estudo. Este tipo de diabetes ocorre quando a produção de insulina é diminuída. Tem como origem um forte componente genético evidenciado pelo padrão familiar. Ocorre com mais frequência em adultos com mais de 40 anos e obesos. O tratamento para o diabetes poderá ser medicamentoso ou não, conforme o tipo e a situação geral do cliente, e a adoção de atividade física regular concomitante com o planejamento alimentar é de suma importância para o controle da doença, assim como para a melhora da qualidade de vida.

Porém, a situação da grande maioria dos idosos no país não permite que sigam corretamente o tratamento, devido à falta de

recursos financeiros, que não permitem que tenham uma alimentação balanceada, com alimentos variados; muitos ainda não conseguem adquirir os medicamentos na unidade de saúde, nem tampouco comprá-los. Situação que não difere da cliente em estudo, a mesma não pratica atividade física, por sentir dores fortes na coluna, [...] *gosto muito de caminhar, mas quando chego em casa não aguento de tanta dor na coluna [...]*”. Em relação à alimentação, ela afirma gostar de frutas, verduras e legumes, mas na maioria das vezes não possui condições de comprá-los, dificultando seu tratamento. [...] *Quando tem verdura em casa, eu como, mas muitas vezes não tem dinheiro pra comprar, então fico sem [...]*.

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de dano aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. O tratamento do cliente portador do diabetes mellitus e/ou da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento (ASSUNÇÃO et al., 2001).

No caso de Joana, ela começou a trabalhar muito cedo em atividades pesadas e variadas como construção civil, lavradora, bordadeira, além de cuidar da casa e dos filhos. Associado a outros fatores, o trabalho pode contribuir para o aparecimento de problemas de coluna. O trabalho é um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e, portanto, na sua saúde.

Por isso, a saúde do trabalhador é uma área da saúde pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 1990). Ela é uma conquista do trabalhador brasileiro e foi consolidada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como parte do Direito Universal à Saúde. A execução de suas ações é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS).

São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança [...]. Ao Sistema Único de Saúde (SUS), compete: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990, p. 4).

Embora nos últimos 16 anos o SUS tenha avançado muito em garantir o acesso do cidadão às ações de atenção à saúde, a política de saúde do trabalhador avança a passos lentos. Muitos avanços foram conquistados em termos de legislação, entretanto, a prática ainda não reflete o que já foi conquistado em termos de política de atenção aos trabalhadores.

A política nacional de segurança e saúde do trabalhador proposta pelos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social representa um grande avanço quando define trabalhador como sendo todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia.

Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporários ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004).

A implantação de tal política é de suma relevância, visto que nas

últimas décadas, o Brasil vem passando por intensas transformações econômicas, demográficas e culturais. E um aspecto importante dessas transformações é a crescente participação feminina no mercado de trabalho, especialmente a partir da década de 1970. Naquela época, apenas 18,2% das mulheres faziam parte da população economicamente ativa (BRUSCHINI & LOMBARDI, 1996); segundo dados do IBGE (2000) em 30 anos esse percentual evoluiu para 35%.

Além do crescimento contínuo do trabalho feminino, identifica-se, também, uma tendência de manutenção do nível elevado de atividades produtivas até idades mais avançadas. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que as taxas de atividade das mulheres em idades intermediárias e mais elevadas são crescentes, enquanto as das mais jovens são estáveis, observando-se um progressivo amadurecimento da mão de obra feminina ocupada (LAVINAS, 2001).

Outro elemento que interfere na condição de qualidade de vida do homem é a violência. Como afirma Agudelo (1990), “ela [violência] representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em seu último documento sobre o tema suscitou que a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países, o que é ratificado a seguir:

“O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (OPAS, 1993, p. 1).

Não se pode omitir, também, um efeito por vezes difuso, por vezes direto, que a violência provoca sobre a estrutura e o funciona-

mento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento (MINAYO, 1994). Joana relata que devido à violência constante no seu bairro, é grande a rotatividade de muitos profissionais de saúde na U.S. por sofrerem ameaças e por medo da violência que é frequente. Resultando, assim, na falta de profissionais capacitados para atenderem a população, com isso muitas vezes os pacientes ficam sem atendimentos que são prioritários ao bem estar de sua saúde.

[...] a violência social sob a perspectiva da saúde abrange um campo mais amplo, além da mortalidade, relacionado aos agravos à saúde produzidos num contexto de violência não fatal (morbidade). Neste campo, incluem-se a violência doméstica contra as crianças e adolescentes, mulheres e idosos; a violência no trabalho; a violência na rua; acidentes e negligências no lar; problemas psicossociais advindos de vivências violentas, entre outros (MINAYO, 1994, p. 15).

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade, não sendo um problema específico da área da saúde. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano (MINAYO, 1994).

Ao longo da década de 80, ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade do país. As chamadas “doenças do desenvolvimento” assumiram o papel das principais causas de óbito. Realizou-se uma transição epidemiológica onde as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas são, nesta ordem, responsáveis pela maioria dos óbitos da população brasileira (SZWARCOWALD, 1987).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho, foi possível conhecer e analisar a história de vida de Joana bem como alguns fatores determinantes no seu estado de saúde e doença. Ela está exposta a várias situações de risco que comprometem seu estado de saúde. Convive diariamente com a violência social em sua comunidade, vivencia condições de trabalho que prejudicam sua saúde, exclusão social, precariedade do serviço de saúde, falta de assistência do Estado, desigualdade de renda, carência de conhecimento e informação.

A modificação desses determinantes por meio de intervenções voltadas para a melhoria da distribuição da renda e acesso aos benefícios das políticas públicas, bem como a disponibilidade de serviços de saúde, têm efeito positivo sobre as condições de vida e saúde das coletividades (BRASIL, 2005).

A promoção do cuidado em saúde relaciona-se diretamente ao acesso à informação, direitos sociais, organização dos espaços coletivos e das decisões políticas de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a equidade, solidariedade, respeito aos direitos e à justiça social, definindo ações que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho (BRASIL, 2005).

O presente artigo possibilitou um contato maior com a temática de gênero e envelhecimento, estabelecendo uma relação de compromisso com esta questão social tão relevante. No processo de formação em saúde é fundamental uma aproximação maior do estudante com a prática social. O Projeto Conexão-Saúde tem possibilitado um contato maior com comunidades populares, aproximando estudantes universitários de diversos cursos da saúde e tornando o processo de ensinar e aprender menos distante da realidade social.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F., 1990. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, V. 11, p. 01-07. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>. Acesso em: 25 de fev. 2007.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, P. D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, p. 88-95, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org> >. Acesso em: 26 fev. 2007.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa Saúde da Família*, v. 34, p. 316-319, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 fev. 2007.

BRASIL. *Programas e Projetos: Diabetes*. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 fev. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do Trabalhador*. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. /Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação?* Campinas: UNICAMP, abr. 1998. 37 p. (Mimeogr.) (Trabalho apresentado no Seminário Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios realizado no

NEPO/UNICAMP). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2007.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, São Paulo, vol. 17, n. 49, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. *Departamento de Populações e Indicadores Sociais*, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.

LAVINAS, L. Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos. *Textos para Discussão*, Rio de Janeiro, n. 826. IPEA, 2001.

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 3, p. 59-75, 1993.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L., Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

LIRA, J. R. de S.; CASTRO, A. A.; PITTA, G. B. B. et al. Prevalência de polineuropatia sensitivo-motora nos pés no momento do diagnóstico do diabetes melito. *Rev. Bireme* 4 (1):22-26, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

MAIA, F. O. M. et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista Caderno Saúde Pública*, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 fev. 2007.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 fev. 2007.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. *Perspectivas*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 fev. 2007.

SILVA, R. P. Estatuto do Idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades? *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 898, 18 dez. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723>>. Acesso em: 28 fev. 2007.

SZWARCWALD, C. L., 1987. Mortalidade por Causas Externas nas Capitais das Grandes Regiões Metropolitanas Brasileiras, 1977-1985. *II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. São Paulo, out., 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 6 fev. 2007.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo). 1994. Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. Washington, DC: Opas, (Mimeo).