

# Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde

## Training and Research in Health: a Report on an Experience in a Primary Care Unit in Belo Horizonte

Amanda Elias Arruda<sup>1</sup>  
Carina Souza Viegas<sup>1</sup>  
Cláudia Regina Lindgren Alves<sup>1</sup>  
Magda Zanon Cândido Goulart<sup>1</sup>  
Maria Gilma Pimenta Nunes<sup>1</sup>  
Jaciera Lagazeta Garcia<sup>1</sup>  
Ana Cecília de Assunção Borges<sup>1</sup>  
Fabiana Moraes Moreira<sup>1</sup>  
Flávia Carolina Melges de Moraes<sup>1</sup>  
Lídia Lourenço Cunha Bragança<sup>1</sup>  
Mílene Regina Mota Santa Bárbara<sup>1</sup>  
Natália Cristina Passos Pereira<sup>1</sup>

### PALAVRAS-CHAVE:

- Atenção Primária à Saúde
- Educação Profissional em Saúde Pública.
- Política de Educação Superior.

### KEYWORDS:

- Primary Health Care.
- Education, Public Health Professional.
- Higher Education Policy.

Recebido em: 01/04/2010

Aprovado em: 05/08/2010

### RESUMO

Inseridos numa conjuntura de reformulações de políticas públicas e de intervenções nos processos formativos, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Relata-se o trabalho desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, de março de 2009 a março de 2010, com foco no desenvolvimento infantil, que teve por objetivo refletir sobre as contribuições do PET-Saúde como recurso educacional para aprimorar o ensino na Atenção Primária. O trabalho consistiu numa fase exploratória, estudo piloto, coleta de dados, análise dos resultados, participação em eventos científicos, produção de artigos, grupos de capacitação e acompanhamento da rotina de trabalho dos profissionais da unidade. O programa propiciou experiências diferenciadas em um novo cenário de ensino-aprendizagem, o que tem contribuído para reestruturar os currículos dos cursos de graduação e fortalecer a relação entre serviço e ensino. Vivenciamos práticas de vigilância em saúde ricas de interlocuções interdisciplinares e com muitas possibilidades para a qualificação da Atenção Primária.

### ABSTRACT

The Brazilian Ministries of Health and Education established the Educational Program for Health Work (PET-Saúde) as part of a set of public policy reformulations and interventions in training processes. This article reports on the work conducted by a Primary Healthcare Unit in Belo Horizonte, Minas Gerais State, from March 2009 to March 2010, with a focus on child development, aimed on reflecting on the program's contributions as an educational resource to improve teaching in Primary Care. The work consisted of an exploratory phase, pilot study, data collection, analysis of results, participation in scientific events, drafting of articles, training groups, and monitoring of the work routine by the unit's team. The program spawned experiences in a new teaching and learning scenario that has contributed to restructuring the undergraduate course curriculum and strengthening the relationship between the health service and teaching. We experienced health surveillance practices that were rich in interdisciplinary dialogue and numerous training possibilities in Primary Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Este artigo foi produzido em um contexto histórico de reflexão acerca do paradigma contemporâneo da concepção de saúde e da assistência à saúde. Vivenciamos um movimento de superação do modelo assistencial biomédico hospitalocêntrico em direção ao modelo de saúde biopsicossocial, com foco na Atenção Primária à Saúde. Esta emerge no cenário mundial a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, URSS, em 1978. Nesse encontro, foram propostas algumas metas a serem atingidas pelo setor saúde em diversos países. Entre os compromissos pactuados, destaca-se a centralidade dos cuidados primários em saúde como constructo-chave para o desenvolvimento humano e social e a responsabilidade dos governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial de prover recursos através de medidas sanitárias e sociais para alcançar essa meta.

Segundo a Declaração de Alma Ata, os cuidados primários em saúde consistem em:

Métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, os cuidados primários englobam o enfrentamento dos principais problemas de saúde comunitária e se propõem a promover proteção, cura e reabilitação da saúde. Então, foi pactuado no encontro de Alma Ata:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis<sup>1</sup>.

Buscando alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000” e tendo em vista a situação política, econômica e social do Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), de forma que, desde então, o Estado deve assegurar ao cidadão o direito à saúde, e o Ministério da Saúde deve ordenar a formação de profissionais da área.

Nesse panorama, nas duas últimas décadas, atrelada a uma sucessão de eventos como a construção do SUS, encontra-se a implantação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Edu-

cação Nacional, que influencia as atuais concepções pedagógicas, a organização da assistência à saúde e a formação e a prática profissional em saúde.

Nesse contexto, foi criado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (Promed), primeira iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. O Promed se destinou a estimular mudanças no curso de graduação em Medicina. Iniciado em 2002, com foco na Atenção Primária e na estratégia da Saúde da Família, contribuiu para fortalecer o compromisso do SUS de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde<sup>2</sup>.

Outra iniciativa conjunta desses ministérios foi a criação, em 2005, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)<sup>2</sup>. Este programa propunha uma intervenção no processo formativo para que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação – até então centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – para outro processo, em que a formação fosse sintonizada com as necessidades sociais, com base na proposta de hierarquização das ações de saúde, direcionadas, primordialmente, ao contexto da Atenção Primária. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) participou da primeira edição do Pró-Saúde (2005) com os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, e da segunda versão (2007) com os cursos de Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição e Terapia Ocupacional.

Nesse processo, a UFMG tem se apresentado como uma instituição que valoriza a integração entre o meio acadêmico e a sociedade, bem como a articulação entre academia e serviço. Entre os objetivos da proposta da UFMG para o programa Pró-Saúde, destacam-se: mudança do foco de orientação do modelo assistencial; ampliação das articulações de promoção, de prevenção e de reabilitação; diversificação das práticas de ensino-aprendizagem, promovendo um cenário mais propício à implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais na Área da Saúde em sua formação voltada para o SUS<sup>3</sup>. Assim, foram contemplados os editais do Promed, do Pró-Saúde I e II, de 2005 e 2007, e, como oportunidade de atualizar essa articulação, foi instituído em 2008, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

“[O PET-Saúde] deconstitui-se num instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS”<sup>4</sup>.

Na UFMG, os grupos tutoriais do PET-Saúde desenvolveram três grandes linhas de pesquisa: Avaliação das Linhas de Cuidado por Ciclo de Vida (Saúde da Criança, da Mulher e do Idoso); Interface Saúde e Ambiente, e Promoção de Modos Saudáveis de Vida. Dentre estas, destacaremos a linha de pesquisa referente à saúde da criança, com foco no desenvolvimento infantil.

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo. Essa realidade é resultado do aumento crescente da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de doenças nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano.

O panorama epidemiológico e demográfico brasileiro passou por grandes modificações. O número de mortes antes dos cinco anos foi drasticamente reduzido entre o início da década de 1980 e o final dos anos 1990. Em 2000, foi alcançada a meta de reduzir essa mortalidade em um terço com relação ao número de 1990, o que significa um aumento considerável de crianças sobreviventes em seus primeiros anos de vida. Nesse sentido, o compromisso se relaciona não mais apenas com a sobrevivência infantil, mas, principalmente, com o bem-estar e a qualidade de vida dessas crianças<sup>5</sup>.

Essa transição epidemiológica se reflete na elaboração de estratégias e de instrumentos pelo Ministério da Saúde que permitam promover a qualidade de vida infantil. O presente trabalho tem por objetivo narrar as experiências, a trajetória e as estratégias utilizadas por acadêmicas da UFMG inseridas na Atenção Primária em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no distrito sanitário Nordeste do município de Belo Horizonte. Além disso, pretende refletir a respeito da viabilidade e das contribuições do PET-Saúde como recurso educacional para o aprimoramento do ensino na Atenção Primária.

## MÉTODOS

A produção deste artigo se deu a partir de reflexões acerca das experiências cotidianas proporcionadas pelo PET-Saúde. Adotou-se como método de trabalho a formação de grupos tutoriais, compostos por tutores, preceptores e monitores. Os tutores são professores da universidade das diversas áreas da saúde, responsáveis pela orientação dos grupos e estabelecimento de vínculos entre a universidade e os serviços de Atenção Primária. Os preceptores são profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das UBS, tendo como função o acompanhamento dos monitores e sua inserção nas unidades. Os monitores são alunos bolsistas e voluntários da UFMG pertencentes a diversos cursos da área da saúde.

Na UFMG, o projeto envolveu 14 tutores, 60 preceptores, 120 alunos bolsistas e 180 alunos voluntários

Na linha de pesquisa "Avaliação das linhas de cuidado integral da saúde da criança: começando pelo desenvolvimento infantil", o grupo tutorial foi composto por três professores, 12 profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 24 acadêmicos bolsistas e 36 acadêmicos voluntários da UFMG, pertencentes aos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Essa equipe foi dividida em três UBS, situadas em três Distritos Sanitários.

O presente trabalho se restringiu às atividades desenvolvidas na UBS do distrito Nordeste de março de 2009 a março de 2010. O grupo tutorial foi formado por um tutor da Medicina, três preceptores (duas enfermeiras e uma médica) e nove monitoras (duas da Medicina, uma da Enfermagem, uma da Nutrição, uma da Fonoaudiologia, uma da Odontologia, uma da Fisioterapia, uma da Terapia Ocupacional e uma da Educação Física).

A UBS apresenta uma população correspondente a 12.500 habitantes. O território, segundo o Índice de Vulnerabilidade Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, é classificado como de médio e elevado risco de adoecer e morrer. A unidade possui três equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, uma equipe de apoio composta por médicos e enfermeiro, e conta com profissionais do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), dentre eles fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudióloga, entre outros.

O trabalho consistiu nas seguintes etapas: fase exploratória, estudo piloto, coleta de dados, análise dos resultados, produção de artigos, participação em eventos científicos, grupos de capacitação e acompanhamento da rotina de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do NASF.

A pesquisa consistiu em um estudo transversal de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e perfil comunicativo, com a utilização de questionários padronizados para crianças de dois meses a dois anos acompanhadas na unidade. Como critério de exclusão, as crianças não poderiam apresentar diagnóstico de comprometimento neurológico preexistente e morar fora da área de abrangência. Foram avaliadas 230 crianças. Avaliamos também a adequação dos recursos de estimulação do ambiente familiar. Após a análise dos resultados quantitativos, propusemos intervenções na unidade para superar os problemas encontrados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O Processo

A construção do PET-Saúde na UBS se deu em três âmbitos: pesquisa, extensão e ensino. A seguir, será feita a narrativa dessa pluralidade de experiências, segundo uma lógica temporal dos fatos.

### Fase Exploratória

O projeto teve início em março de 2009 com uma fase exploratória do campo de trabalho, da UBS e seu entorno. De março a abril, nos aproximamos da Unidade Básica de Saúde, dos trabalhadores e dos usuários. O movimento inicial foi o entrosamento do grupo tutorial. A experiência da equipe multidisciplinar possibilitou o encontro com diferentes campos do conhecimento e aproximou áreas distantes de um processo de trabalho. Conforme Garcia *et al.*<sup>6</sup>, há diferenças significativas de experiências interdisciplinares entre os cursos. Seu estudo aponta que a Medicina e a Terapia Ocupacional, seguidas da Enfermagem e da Fisioterapia, são os cursos que propiciam maior espaço de integração, uma vez que possuem práticas compartilhadas em locais comuns. Nessa perspectiva, o movimento de aproximação dos estudantes de diferentes cursos permitiu um conhecimento dos núcleos de cada profissão, o que tende a favorecer o respeito às práticas específicas direcionadas ao mesmo usuário<sup>6</sup>. Entretanto, segundo Gomes<sup>7</sup>, a interdisciplinaridade impõe, ao mesmo tempo, uma questão de saber e de poder, o que implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do conhecimento e uma abertura em direção de um fazer coletivo. Compreendemos, de acordo com Peduzzi<sup>8</sup>, que o trabalho em equipe não pressupõe abolir especificidades, uma vez que a pluralidade de olhares e técnicas propicia o aprimoramento do conhecimento e a construção de uma assistência qualificada.

Ainda nos meses de março a abril, por meio da observação participante, foi possível compreender a dinâmica do serviço, as funções dos trabalhadores ali envolvidos e o fluxo dos usuários. Além disso, pudemos acompanhar a rotina dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas visitas domiciliares e participar do Conselho Local de Saúde (CLS). Enfim, foi possível vislumbrar a rede hierarquizada do SUS e as ações da equipe de saúde da família. As visitas domiciliares e a participação no CLS nos provocaram, especialmente, a refletir um pouco mais.

As visitas domiciliares proporcionaram uma visão mais crítica a respeito das condições de vida da população da área de abrangência. A prática da busca ativa foi uma novidade, já que, na maioria das vezes, estamos acostumados e acomodados ao serviço ambulatorial e/ou hospitalar, ou seja, a institucionalização da assistência. Deparamos, em alguns mo-

mentos, com situações socioeconômicas e sanitárias precárias, o que possibilitou contextualizar as ações de saúde adotadas com as reais necessidades de saúde da comunidade.

O convite para a participação na reunião do CLS mobilizou todo o grupo, pois seria uma oportunidade de vivenciar o cenário real do controle social. Entretanto, a reunião não ocorreu devido à ausência dos membros da comunidade. Tal episódio nos incomodou, nos instigou. Seria uma dificuldade da população em se empoderar e assumir um papel ativo no processo de produção da própria saúde? Recorremos à história desse conceito.

A noção de controle social é uma novidade para as políticas públicas do Brasil. Segundo Santos<sup>9</sup>, o SUS foi a primeira política pública no Brasil que adotou, constitucionalmente, a participação social como um de seus princípios. Tal política foi institucionalizada, em seu arcabouço jurídico, com a implantação dos Conselhos de Saúde, órgãos deliberativos do SUS que se inscrevem no movimento de reforma democrática do Estado em busca do controle das políticas de saúde pelos diversos segmentos sociais. Arelada a essa recente política, nos defrontamos com a herança do modelo biomédico, assistencialista e clientelista. Nessa perspectiva, a mudança de foco é um processo gradual, conflituoso, em construção e não dado e acabado. Para tanto, é necessário que as equipes de saúde democratizem o conhecimento acerca da produção social da saúde, do processo saúde-doença e da organização dos serviços, abordando a saúde como direito dos cidadãos, e estimulem a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações, bem como sua organização para o efetivo exercício do controle social. Somente a partir de tais medidas é que os conselhos municipais e locais de saúde, estruturas formais do poder local, poderão assumir, nesse contexto, um papel relevante, e poderão se tornar espaços de formação de consensos e pactuação. Assim as decisões seriam tomadas de forma compartilhada, corresponsabilizada, entre as diferentes forças que atuam no território<sup>10</sup>. Nessa perspectiva, reconhecendo a importância do apoio da comunidade para legitimar nossa iniciativa, insistimos no convite, e, finalmente, o projeto foi discutido e aprovado pelo CLS.

Nas práticas de reconhecimento do campo de trabalho, ficávamos em duplas, dois dias da semana, em torno de oito horas semanais, acompanhando os profissionais e os setores desde a gestão até os clínicos. Os primeiros encontros foram difíceis, uma vez que nos inserimos em uma rotina de trabalho estruturada e provocamos certas rupturas na dinâmica, seja por uma dúvida, um questionamento, um olhar ou apenas uma presença. Sensibilizar os profissionais da unidade para além daqueles envolvidos no projeto se apresentou como

um exercício cotidiano. Tratando-se de profissionais da saúde, acreditamos que essa situação foi gerada por um possível despreparo da equipe em acolher acadêmicos e reconhecer a relevância de produções no âmbito da promoção da saúde, visto que essas ações contrariam práticas curativas hegemônicas. Segundo Pires e Göttems<sup>11</sup>, a recente “Política da Atenção Básica” avança pouco nas práticas cotidianas, pois está pautada na racionalidade clínica do normal/patológico. Essa característica tem raízes no paradigma biomédico, repercutindo na formação e na prática dos profissionais. O foco na doença, nos procedimentos dissociados do contexto que a produz, e a visão linear do processo saúde-doença dominam o perfil de grande parte dos profissionais da ESF, fruto da formação tecnicista e pouco crítica<sup>11</sup>. Entretanto, almejamos mudanças na forma de organização das práticas dos profissionais de saúde, tendo em vista que a ESF assume protagonismo crescente.

Outra hipótese com relação às dificuldades de inserção e de integração com as equipes se refere à rotina de trabalho exaustiva e à precariedade das relações produtivas. A precariedade das relações de trabalho faz parte da lógica capitalista que tem produzido retrocessos e avanços na política de saúde. A Estratégia de Saúde da Família introduz uma nova forma de gerir o cuidado e organizar a assistência, mas esta não é suficiente para modificar as relações de trabalho, tendo em vista que essa estratégia pode sucumbir à rigidez da norma instituída<sup>11</sup>.

Além de experiências na unidade, participamos de uma reunião programada pela Gerência Regional de Regulação de Epidemiologia e Informação (GEREPI) e pela Gerência Regional de Atenção à Saúde (GERASA) na sede do Distrito Nordeste. A participação nesse encontro permitiu conhecer duas das gerências de suporte à Atenção Primária. Esta foi uma fase de muito aprendizado, de confrontação de um SUS ideal com um SUS real, com suas dificuldades e potencialidades. A partir de uma confrontação com os princípios do SUS, consideramos que a universalidade é um constructo-chave, mas a acessibilidade à unidade é um entrave a esse princípio. A integralidade do cuidado é uma premissa e um norte para as ações da UBS, embora, em alguns momentos, seja substituída pela descontinuidade da assistência, resultado da fragmentação do processo de trabalho das equipes. Com relação à equidade, foi possível observar o direcionamento das ações para as populações com maior risco social, o que foi viabilizado, principalmente, pela ação dos ACS. A descentralização foi outro princípio norteador bastante observado, assim como a noção da UBS como “porta de entrada” para a rede de serviços hierarquizada e descentralizada. A participação social se apresentou como o ponto mais frágil de toda a política, e o controle social passou despercebido.

O segundo momento do trabalho foi a elaboração de um diagnóstico situacional das crianças de dois meses a dois anos da população adscrita. Cada dupla de acadêmicos se responsabilizou por uma equipe de saúde da família. Fizemos um levantamento dos formulários de registro diário dos ACS. Essa busca apresentou limitações, tendo em vista o subpreenchimento dos formulários. Para dar prosseguimento à construção do diagnóstico, novas fontes foram pesquisadas, como, por exemplo, o cadastro de vacinação e a triagem neonatal. Ao final das buscas, elaboramos gráficos com os resultados, sistematizados por equipes e discriminados por microáreas e ACS. Esses resultados foram apresentados numa reunião de toda a equipe do PET. Posteriormente, esses dados foram repassados aos ACS com o intuito de sensibilizá-los sobre a importância de preencher os protocolos e alimentar os bancos de dados necessários à produção e qualificação da assistência prestada.

#### Elaboração do Projeto de Pesquisa

Após o diagnóstico situacional, direcionamos nossas ações à pesquisa. Tratou-se de um projeto voltado para a saúde infantil, com foco no desenvolvimento. A elaboração do projeto de pesquisa foi feita pelos professores tutores com a participação dos preceptores e monitores. O movimento inicial foi a construção do protocolo de pesquisa, enviado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, ao Comitê de Ética da UFMG (COEP), estabelecendo os objetivos, o desenho de pesquisa e seu alcance.

A pesquisa visou avaliar e promover a implantação da linha de cuidado integral com a saúde da criança no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento, tendo como norte a Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança e Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais, 2004<sup>12</sup>. Este documento tem por finalidade apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. Ele propõe a definição de diretrizes das linhas de cuidado integral que devem constar no cardápio básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias a esta população<sup>12</sup>.

Realizamos um estudo transversal de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e perfil comunicativo, com a utilização de questionários padronizados e validados. Além disso, avaliamos os recursos de estimulação do ambiente familiar. Após a análise dos resultados quantitativos, elaboramos propostas de intervenção na UBS.

Fizemos um levantamento das condições de saúde da população infantil e, por meio deste, capacitamos os profissionais para a utilização de instrumentos padronizados de avaliação do DNPM e estimulamos ações de promoção de saúde na unidade e na comunidade.

Apresentamos estudos sobre promoção da saúde por meio da leitura de artigos, do fichamento e da apresentação e discussão com o grupo. Esse movimento foi essencial para amenizar dúvidas sobre a prevenção e a promoção de saúde. Entretanto, não foi possível romper com os equívocos que permeiam esses dois campos de ação, sendo necessário investimento e estudo dessa temática. Desde a década de 1980, alguns autores procuram desenvolver, clarificar e disseminar o discurso da promoção. O mesmo não ocorre quando nos referimos à dimensão metodológica da promoção. Embora os princípios estejam razoavelmente desenvolvidos, permanece a dificuldade de transformá-los em práticas coerentes, sendo raras as que privilegiam a “nova promoção de saúde”, tendo em vista que essas práticas ainda estão dispersas e desarticuladas<sup>13</sup>.

Outro objeto de estudo foram os questionários utilizados na pesquisa. Iniciamos com a leitura do Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI, da Caderneta de Saúde da Criança (CSC)<sup>5</sup>, do perfil comunicativo<sup>14</sup>, da avaliação dos recursos de estimulação do ambiente familiar (RAF)<sup>15</sup>, assim como de artigos e materiais afins. Em seguida, foi proposto um treinamento para aplicação das avaliações. Este se deu na Faculdade de Medicina da UFMG por meio de um circuito no qual as bases correspondiam a cada instrumento que era apresentado e discutido por professores tutores. Além dessas estratégias, optamos por uma leitura em grupo do AIDPI com a posterior fixação por exercícios e atividades em vídeo. O aprofundamento do estudo dos protocolos possibilitou nossa capacitação para a coleta de dados e a reflexão destes para a Atenção Básica e as especificidades profissionais, que resultou no estudo piloto. Nesse período, o projeto tramitou nos comitês de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da UFMG e foi aprovado para início das atividades (CAAE – 0033.0.410.203-09).

## A Pesquisa

### *O Estudo Piloto*

Realizamos a coleta de dados e a partir dessa experiência foi possível redimensionar a logística da coleta, revisar os protocolos de pesquisa e refinar as práticas, como, por exemplo, preparação de um ambiente tranquilo e acolhedor às famílias, estratégias de sensibilização para a comunidade, construção de um caderno de comunicação interna com o nome de todas

as crianças participantes da pesquisa em ordem alfabética e uma relação com dados das crianças avaliadas, organização dos materiais em um armário com chave (protocolos de avaliação, brinquedos, artigos, caderno de comunicação interna, entre outros), aplicação das avaliações antes do exame de rotina para amenizar eventos estressores que poderiam influenciar negativamente a dinâmica da avaliação.

### Coleta de dados

De agosto a outubro, ocorreu a coleta de dados propriamente dita. As entrevistas e avaliações foram realizadas na UBS em dia e horário agendados. Inicialmente, a marcação contemplava a agenda das preceptoras. Em seguida, convidamos os pais/responsáveis das crianças mediante convite impresso, entregue pelas ACS e agendamento por telefone. O termo de consentimento livre esclarecido foi assinado pelos responsáveis.

Em dupla, organizamos nossas ações. Enquanto uma monitora entrevistava o cuidador, a outra realizava os testes de desenvolvimento da criança. Após a avaliação, as duas monitoras se dirigiam ao responsável com a classificação do desenvolvimento da criança e a conduta prevista no manual do AIDPI. Com relação à afetividade entre pais e filhos, deparamos com situações de dificuldade de contato e de verbalização, o que nos levou a refletir sobre o papel do profissional de saúde como um facilitador dessa construção de vínculos. Essa etapa apresentou muitas dificuldades, como desinteresse dos cuidadores, falta de tempo dos pais e lacunas na escala de trabalho das monitoras. A dificuldade de acesso das crianças à UBS nos levou a pensar em outras formas de aproximação.

Apostamos na participação em duas campanhas de vacinação. A primeira foi a Campanha Nacional de Vacinação contra Paralisia Infantil, realizada em 19 de setembro de 2009. Nesse dia, o grupo se dividiu em duas frentes de trabalho. Uma equipe permaneceu na UBS, e a outra se deslocou para o posto volante na Igreja São Judas Tadeu. Foi um dia inteiro de trabalho com logística similar à apresentada nas avaliações anteriores, mas as duplas agiam simultaneamente. A cobertura foi bastante significativa, porém a qualidade da atenção e da escuta dos pais ficou prejudicada, tendo em vista a dinâmica da campanha.

Já a participação na Campanha de Vacinação contra Meningite C, em 28 de novembro, apontou outras ações. Foram realizadas avaliações e ações educativas que abrangiam os temas: crianças e acidentes domésticos, dicas sobre estimulação da fala, brinquedos e desenvolvimento infantil. Foram produzidos cartazes ilustrativos e cartilhas, e organizada uma sala de estimulação com brinquedos, músicas, filmes. Essa iniciativa exi-

giu o empenho de todo o grupo e a articulação com os profissionais da unidade, como os ACS, para a confecção dos materiais. As ações foram mais direcionadas a informar pais e cuidadores.

Nessa perspectiva, vivenciamos uma verticalização da comunicação entre profissionais e comunidade, o que pode dificultar a transformação de hábitos e o aprendizado de novas condutas. Enfrentamos uma frustração quanto à nossa intencionalidade: uma ação de Promoção da Saúde. Segundo os princípios norteadores da Promoção da Saúde descritos por Sícoli e Nascimento<sup>13</sup>, identificamos que nossa iniciativa não contemplou a intersetorialidade, o empoderamento e a participação social, sendo que os dois últimos são destacados como princípios-chave<sup>13</sup>. Nossa experiência apontou dificuldades na operacionalização das ações de Promoção da Saúde e mais uma vez, apresentou como maior entrave a participação social e o empoderamento. Atribuímos esse fato à ausência de uma demanda espontânea da comunidade para os temas levantados e a não construção coletiva das ações.

O período de coleta de dados terminou quando atingimos o total de crianças da faixa etária na área de abrangência da UBS, totalizando 230 crianças. Essa etapa de trabalho consistiu em importantes encontros com os usuários da unidade e com outras crianças pouco vinculadas às ESF, mas que participaram da pesquisa. Foram momentos de acolhimento, escuta qualificada de dúvidas e receios das famílias, momentos para exercitar o olhar clínico e momentos de autonomia e responsabilização. Estes propiciaram reflexões sobre a apropriação de novas práticas, como a vigilância em saúde, especificamente a vigilância do desenvolvimento infantil, compreendida como todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento, durante a atenção à saúde da criança. Segundo Hutchison e Nicholl<sup>16</sup>, vigilância em saúde consiste em um “processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros”.

### **Análise dos Resultados**

Após a coleta de dados, iniciou-se a análise dos resultados. Algumas monitoras se responsabilizaram pela revisão dos protocolos e pela digitação dos bancos de dados. A capacitação para essa atividade consistiu em reuniões com os tutores e na manipulação de programas como Excel e Epi-Info. Esse momento propiciou nossa capacitação em metodologia científica e o aprofundamento na análise quantitativa de dados.

### **Participação em Eventos Científicos**

Concomitantemente à fase de coleta de dados, apresentamos três estudos na Semana do Conhecimento e da Cultura da

UFMG em 2009. Primeiramente, realizamos um estudo a partir do levantamento parcial dos resultados referentes ao AID-PI e à Caderneta de Saúde da Criança. Além disso, com base em um questionário estruturado autoaplicável, analisamos o conhecimento de 20 profissionais da UBS em relação à linha de cuidado “Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil” da Agenda de Compromissos. Também produzimos uma reflexão sobre as contribuições do PET-Saúde para a formação dos monitores.

### **Desfecho do Projeto**

#### *Produção de Artigos*

Para a redação dos manuscritos, o grupo tutorial foi dividido em três frentes de produção, com temáticas específicas. As etapas de produção envolveram leitura e fichamento de artigos científicos, interpretação dos resultados, redação e discussão orientada.

Entre as ações direcionadas ao serviço, apresentamos a proposta de um estudo sobre a Agenda de Compromissos com a Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente, tendo em vista o desconhecimento e/ou conhecimento heterogêneo dos profissionais, entre eles os ACS. Nosso objetivo foi apresentar e discutir esse documento com os ACS, a fim de qualificar a equipe.

Foi organizado um grupo de capacitação para os ACS, utilizando uma metodologia do tipo “roda de conversa” sobre a Agenda e seu processo de construção, e sobre os princípios norteadores da atenção. Em seguida, as monitoras fizeram uma exposição das linhas de cuidado, dos eixos, das estratégias de ação, da organização dos serviços, dos compromissos e dos instrumentos de gestão. A iniciativa foi bem acolhida pelos ACS, que demonstraram interesse pela proposta. O grupo possibilitou a apresentação e a discussão sistemática de pontos específicos da Agenda, como, por exemplo, linhas de cuidado e compromissos das unidades que não podem faltar, bem como uma visão geral dos demais tópicos. Contudo, a exposição teórica se tornou repetitiva e exaustiva, o que provocou distração e dificuldade dos ACS em acompanhá-la. A participação e as contribuições dos ACS foram bastante heterogêneas, mas acreditamos que todos tenham sido sensibilizados sobre a importância da Agenda e de sua implantação na UBS.

O trabalho também reforçou a relevância do papel do ACS na assistência e no cuidado da saúde infantil e apostou na possibilidade de eles se tornarem multiplicadores para a comunidade. A construção dessa capacitação permitiu maior aprofundamento sobre o documento, implicou uma responsabilização para com os trabalhadores e a comunidade, e mobili-

zou a construção de cartazes pelos ACS a partir de uma síntese do aprendizado.

### Outras Atividades

Finalizando o projeto, tivemos a oportunidade de acompanhar profissionais da ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes núcleos têm por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde. Os núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família<sup>17</sup>. Cada monitora acompanhou as atividades assistenciais de um trabalhador correspondente a sua categoria profissional.

Essa experiência possibilitou vivências interprofissionais e multiprofissionais, além da aproximação de um campo de trabalho ainda pouco explorado na universidade e por nossos currículos. Essa vivência nos suscitou questionamentos voltados aos Departamentos e Colegiados quanto à orientação profissional. Questionamos os compromissos de cada curso a partir da problematização dos currículos, reconhecendo-os como um artefato social cultural, negando, dessa forma, sua compreensão como um campo neutro<sup>18</sup>. Assim, para além do compromisso com a pesquisa, o projeto despertou novas formas de conceber nossa prática profissional em um novo contexto de atuação: a Atenção Primária à Saúde.

### CONCLUSÃO

A participação no PET-Saúde apresentou-se como uma experiência diferenciada em um novo cenário de ensino-aprendizagem. Atuar no contexto da Atenção Primária à Saúde nos despertou para temáticas como, por exemplo, a promoção da saúde e a saúde coletiva. Nesse sentido, o PET-Saúde tem fortalecido as ações do Pró-Saúde (2005 e 2007) e poderá contribuir para a reestruturação dos currículos dos cursos de graduação, como previsto pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (2001).

O PET-Saúde tem viabilizado o fortalecimento da integração entre serviço e ensino, embora tenhamos identificado problemas com relação à nossa inserção na UBS. Assim, acreditamos que haja necessidade de outras estratégias de aproximação e de sensibilização para que ambos possam identificar pontos de articulação entre suas práticas.

O programa possibilitou a avaliação e elaboração de um diagnóstico do estado do desenvolvimento da população infantil. Identificamos os fatores facilitadores e dificultadores da promoção do desenvolvimento infantil, como o acesso à UBS, a relação entre pais e filhos, e recursos do ambiente familiar.

Capacitamos os profissionais para utilizar instrumentos padronizados de avaliação do DNPM, como o AIDPI e a CSC, e estimulamos ações de promoção de saúde na unidade, referendadas na Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança e Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais, 2004, primordialmente da linha de cuidado “Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil”. Essa experiência proporcionou o aprendizado dos instrumentos e ressaltou a importância do contato direto, corpo a corpo, com as crianças e com os responsáveis. Reflexões sobre o desenvolvimento infantil extrapolaram os processos avaliativos e os registros nos questionários, o que permitiu perceber como essas crianças são vistas sob o olhar da comunidade, como são as relações afetivas da família e a construção de vínculos entre essas famílias e a UBS.

Com relação à metodologia de trabalho, a formação de grupos tutoriais interdisciplinares propiciou um campo rico de interlocuções. As equipes interdisciplinares proporcionaram o encontro dos diferentes campos de conhecimento e possibilitaram conhecimento do núcleo de cada profissão, assim como a construção coletiva de estratégias de intervenção, como, por exemplo, as ações educativas sobre prevenção de acidentes domésticos na infância, dicas sobre estimulação da fala, brinquedos e desenvolvimento infantil.

Na trajetória do PET, valorizamos as ações de pesquisa e ensino em detrimento da extensão. Encaramos a pesquisa como um compromisso primordial, assim como a participação em eventos científicos. Daí, devido à restrição de tempo, as ações de extensão se limitaram às intervenções educativas na Campanha de Vacinação de Meningite C, à formação do grupo de capacitação dos agentes comunitários e aos acompanhamentos pontuais dos profissionais do NASF e da ESF. Portanto, reconhecemos a necessidade da continuidade do trabalho junto à UBS e à comunidade.

Nesse período, vivenciamos a rotina de um serviço público de Atenção Primária à Saúde, com suas limitações e potencialidades. Acreditamos que finalizamos um percurso sensibilizados com o compromisso de contribuir para a construção e fortalecimento do SUS.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: MS; 2001.



2. Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário AS, Abreu DMX, Lemos JMC, Massote AW, et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(4):605-14.
3. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde. Belo Horizonte. UFMG; abr/set 2009. (Relatório parcial).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília, 27 ago. 2008; Seção 1, p.27.
5. Organização Panamericana da Saúde. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington DC; 2005. 52p.
6. Garcia MAA et al. Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. *Rev Cienc Med.* 2006;15(6):473-85.
7. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1994;2(2):103-14.
8. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):103-9.
9. Santos NTV. Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática mestrado dissertação. Recife; 2005. Mestrado [Dissertação] – Fundação Oswaldo Cruz.
10. Goya N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos – humanamente solidários e felizes. *SANARE, Rev Políticas Públicas.* 2003;5(1):51-6.
11. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):294-9.
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Agenda de compromissos pela saúde integral da criança e adolescente e redução da mortalidade infantil. Minas Gerais: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2004.
13. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003;7(12):91-112.
14. Chiare BM, Basílio CS, Nakagwa EA, Cormedi MA, Silva NS, Cardoso RM et al. Proposta de sistematização de dados da avaliação fonoaudiológica através da observação de comportamentos de criança de 0-6 anos. *Pró-Fono.* 1991;3:29-36.
15. Maturano EM. O inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(3):498-506.
16. Hutchison T, Nicoll A. Developmental screening and surveillance. *Br Hosp Med.* 1988;39:22-9.
17. Conass progestores. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília; ago. 2007. Nota técnica [acesso em 25 mar. 2010]; Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>
18. Drummond AF, Santos LLCP. A formação inicial do terapeuta ocupacional estudo dos currículos do curso de Terapia Ocupacional/UFMG. Minas Gerais; 1999. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Minas Gerais.

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram na concepção do estudo, reflexão sobre a experiência, redação do texto e revisão da versão final.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Claudia Regina Lindgren Alves  
Rua Tavares Bastos, 287  
Belo Horizonte  
CEP. 30380-040 MG  
E-mail: lindgrenalves@gmail.com