

Educação em Saúde: um programa de extensão universitária* (Health Education: an university extension program)

Bernadete Moreira*
Inês Pellizzaro**

Resumo – O artigo tem por objetivo apresentar uma experiência de extensão universitária realizada na Universidade Regional de Blumenau. Trata-se do Programa Educação em Saúde, coordenado pelo curso de Serviço Social, com a participação do curso de Medicina e Farmácia. Aqui a extensão universitária é entendida como um espaço de exercício do pensamento crítico, contribuindo no processo de produção, socialização e democratização do conhecimento, na revisão constante dos currículos e na formação profissional. Possibilita um elo entre a universidade e as necessidades sociais, redimensionando, assim, seu papel social. O artigo esclarece como esta relação se expressa no processo de implementação do Programa, envolvendo diferentes sujeitos nos três projetos que o compõem, como também sua articulação com o ensino e a pesquisa. Nele a educação em saúde tem o intuito de promover a participação cidadã dos usuários da saúde na discussão de suas necessidades, dos direitos sociais e especialmente o direito à saúde e sua política. Objetiva também a qualificação do processo de formação dos acadêmicos envolvidos, possibilitando a reflexão crítica sobre a realidade e a formulação de propostas investigativas e interventivas sobre a mesma.

Palavras-chave: Educação em saúde. Direitos sociais. Controle social.

Abstract – This article aims at presenting an experience in university extension held at the Regional University of Blumenau. This is the Health Education Program, coordinated by the Social Service course, with the participation of the Medicine and Pharmacy courses. Here the university extension is seen as a space for critical thinking exercise, contributing to the knowledge production, socialization and democratization process, the constant curriculum review and professional formation. It enables the existence of a link between the university and the social needs, resizing, thus, the university social role. The article explains how this relationship is expressed in the implementation process of the Program, involving different subjects in the three projects which are part of it, as well as its liaison with teaching and research. Its main axis is health education, to promote citizen participation of health service users in the discussion of their needs, social rights and especially the right to health and to the management its policy. Also, it aims at qualifying the training process of scholars involved, as it allows a critical reflection on the reality and enables the wording of investigative and interventionist proposals about it.

Key words – Health education. Social rights. Social control.

* Artigo recebido em 02.04.2009. Aprovado em 17.06.2009.

* Professora do curso de Serviço Social da FURB, Blumenau/SC – Brasil. Mestre em Sociologia Política pela UFSC. E-mail: berna@furb.br.

** Professora do curso de Serviço Social da FURB, Blumenau/SC – Brasil. Mestre em História e Filosofia da Educação pela PUCSP. E-mail: marinesp@furb.br.

O artigo objetiva discutir e socializar uma experiência de extensão universitária e sua relação com a pesquisa e o ensino. Trata-se do Programa Educação em Saúde, coordenado pelo Curso de Serviço Social,¹ que pretende qualificar a formação de alunos e profissionais a fim de poderem, apoiados na pesquisa/extensão e no compromisso ético, articular ações interdisciplinares e intersetoriais que respondam satisfatoriamente às expressões da questão social.²

A interação entre universidade e sociedade, através de serviços e informações oferecidos à comunidade, constitui-se em possibilidade e mecanismo de formação dos alunos mais afinada com as necessidades sociais, em conformidade com as diretrizes curriculares do Curso de Serviço Social, especialmente quando definem que

A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à [...] identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social (BRASIL, 2002).

A inserção do Serviço Social na saúde ganhou maior significado, sobretudo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as discussões acerca da integralidade da atenção à saúde. Pesquisas e reflexões sobre a dimensão social da saúde sinalizam que, longe de ser um fenômeno meramente biológico e individual, a saúde é resultante, em grande parte, dos processos sociais, econômicos, culturais e ambientais vivenciados pelas populações, o que remete à discussão das condições capazes de propiciar uma atenção integral à saúde.

Atualmente, frente às dificuldades enfrentadas por grande parte dos brasileiros, fruto do desemprego, da flexibilização do trabalho e da enorme concentração de renda, cada vez mais a integralidade das ações em saúde é imprescindível, sob pena de intervirmos meramente sobre a doença. Isso envolve a discussão de aspectos que extrapolam a sintomatologia analisada pelo médico. A visão desmedicalizada da saúde, que vinha sendo debatida pelo Movimento da Reforma Sanitária, leva-nos a buscar constantemente a superação do trabalho fragmentado e unidimensional em saúde.

É nesta perspectiva que o curso de Serviço Social vem desenvolvendo sua intervenção no Ambulatório Universitário, com objetivo de promover a educação em saúde, entendendo

¹ O programa é vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau (FURB), financiado pelo Centro de Ciências Humanas e da Comunicação (CCHC), pelos Departamentos de Serviço Social, de Medicina e de Farmácia e pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão.

² Participaram do Programa: **Deisi Maria Vargas**, Doutora em Medicina e Cirurgia pela Universidad Autônoma de Barcelona, U.A.B., Espanha, e professora do curso de Medicina da FURB; **Nevoni Goretti Damo**, Mestre em Educação pela Universidade Regional de Blumenau (FURB) e professora do curso de Farmácia da FURB.

ser esta uma forma de atenção que possibilita o exercício dos direitos sociais, em especial o direito à saúde.

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde, integram o processo coletivo do trabalho em saúde. Não seria demais repetir que estão pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, mais ainda, na lógica do direito a ter direitos, o que, na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão reduzidas unicamente à atenção médica, paradigma que dominou muito tempo o setor. A organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A experiência no Ambulatório Universitário vem se desenvolvendo neste sentido e mostra a necessidade da construção da interdisciplinaridade. Ela favorece uma formação acadêmica de maior qualidade, sendo pilar da integralidade na atenção à saúde, qualificando a prestação de serviços à população demandante, seja através da informação, orientação, politização, apontando para o exercício consciente da cidadania.

Por outro lado, a intersetorialidade vem se constituindo em outro desafio importante e necessário, formando outro pilar da integralidade da atenção à saúde. As ações isoladas têm pouca efetividade e se tornam mais dispendiosas, por isso, a construção de interfaces e protocolos deve ser permanente entre os serviços que compõem a rede, extrapolando a intervenção pontual e vertical.

O Programa Educação em Saúde, pautado no exposto, sustenta sua intervenção a partir de processos educativos, divididos em duas linhas de intervenção: a primeira, que engloba os processos de educação em saúde propriamente ditos, cujas atividades são subdivididas em: atividades coletivas com os usuários, em reuniões de grupos, em oficinas e em salas de espera, com a participação do usuário de forma presencial; e atividades informativo-consultivas, onde a participação do usuário se manifesta através da leitura e/ou da opinião escrita. A segunda linha de intervenção refere-se à prestação do serviço emergencial, especialmente através do plantão social.

Adotamos aqui a concepção de educação desenvolvida por Paulo Freire, no decorrer de toda sua obra, na qual prevalece o diálogo e o respeito ao saber popular, buscando a complementaridade entre este e o saber científico.

Na área da saúde, os adeptos desta concepção produziram reflexões e debates, instituindo a Rede de Educação Popular em Saúde, fazendo referência à Educação Popular freireana. Segundo Vasconcelos (2007, p. 17),

Para o setor saúde brasileiro, a participação histórica no movimento de Educação Popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. [...] No atual contexto de fragmentação da vida social, a recomposição de uma abordagem mais globalizante da saúde não pode caber apenas às iniciativas ampliadas das instituições médicas. Cabe principalmente ao crescimento da capacidade de doentes, famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade civil de articularem, usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis.

A prática educativa em saúde se baseia em elementos que explicam o processo saúde/doença como as condições objetivas e subjetivas da existência, os direitos sociais, cuja conquista e usufruto dependem do conhecimento e da consciência deles e de como acessá-los. Esta consciência e conhecimento podem viabilizar o controle social, reconhecido como indispensável e característico do exercício cidadão.

As atividades são desenvolvidas basicamente nas dependências do Ambulatório Universitário da FURB e envolvem uma equipe composta por professores de Serviço Social, Farmácia, Medicina e de Nutrição, e alunos de Serviço Social, Medicina e Nutrição, além de enfermeiras do Ambulatório. Além disso, compõe a equipe de um dos projetos a Associação dos Diabéticos do Vale do Itajaí (ADVVALI).

Os projetos e subprojetos estão assim organizados:

- Atenção Integral ao Portador de Diabetes – “Grupo Doce Alegria”;
- Informação, Controle Social e Cidadania;
- Plantão Social.

As atividades envolvem a atuação de alunos em atividades grupais informativas e educativas com usuários, quando são abordadas temáticas variadas sobre condições de vida e saúde, prevenção de doenças e agravos, exercício dos direitos sociais e do controle social. A metodologia adotada é composta de reuniões, oficinas temáticas, salas de espera, visitas a equipamentos sociais (escolas, sindicatos, associações, unidades de saúde, entre outros), visitas domiciliares, atendimentos individuais e encaminhamentos, como veremos adiante.

Outro elemento que permeia o Programa Educação em Saúde é a pesquisa, pois ela é fundamental para a superação do empiricismo e para alimentar a definição de prioridades, a formulação de propostas e estratégias de ação e a avaliação dos resultados. Por isso, pesquisas de iniciação científica, articuladas à disciplina ministrada no curso de Serviço Social e

Trabalhos de Conclusão de Curso são mecanismos e instrumentos também utilizados, levando em consideração a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Consideram-se incontestes as necessidades do Serviço Social (na busca de aproximação do seu objeto histórico) de procurar entender, explicar, conhecer e apreender a realidade naquilo que lhe é essencial, com o apoio de procedimentos metodológicos cuidadosamente planejados e de uma sólida fundamentação teórica; realizar análise de situações concretas iniciando com a pesquisa da prática profissional na sua contextualidade e temporalidade histórica [...]. Ao se atribuir importância à ação investigativa, longe de se negar a importância da dimensão interventiva, pretende-se mostrar a íntima relação existente entre teoria e prática e a condição de centralidade que esses processos devem ocupar na formação e na vida profissional (SETÚBAL, 2007, p. 64).

Projeto Atenção Integral ao Portador de Diabetes – “Grupo Doce Alegria”

A doença cresce mundialmente cerca de 3% ao ano entre crianças e adolescentes, como consequência do sedentarismo, obesidade e maus hábitos de consumo alimentar. O Brasil, até 2025, deverá passar do oitavo para o quarto lugar no ranking mundial de pessoas maiores de 18 anos com diabetes. O número de brasileiros, nessa faixa etária, que vivem com a doença chegará a 17,6 milhões – quase 2,5 vezes mais que os atuais 7,3 milhões de adultos. O aumento significa cerca de 650 mil novos casos por ano. Em todo o mundo, estima-se que haja 246 milhões de pessoas com diabetes. Até 2025, esse número deve chegar a 380 milhões, segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), entidade vinculada à Organização Mundial da Saúde.

Como o alerta mundial é para o avanço da doença em crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde prepara uma pesquisa para identificar a população jovem com a doença [...]. O diabetes tipo 1, típico da infância e adolescência, está crescendo mundialmente, segundo o IDF, cerca de 3% ao ano nessa faixa de idade, notadamente na fase pré-escolar. No entanto, também o diabetes tipo 2, antes tida como uma doença de adulto, vem crescendo em crianças e adolescentes, como consequência da epidemia mundial de sedentarismo, obesidade e maus hábitos de consumo alimentar (BRASIL, 2008).

Neste sentido, é importante lembrar que o adolescente se encontra em um momento de grandes transformações físicas, emocionais e modificações corporais, e vivência de sentimentos contraditórios: autoestima, insegurança, medo, etc. E por outro lado, há uma grande necessidade de ser aceito no grupo de pares. Começa a questionar sobre o futuro. Inicia-se a busca da identidade com tentativa de independência; é a entrada em uma nova realidade que produz confusão e perda de certas referências.

O impacto do diagnóstico de diabetes o coloca numa situação ainda mais vulnerável, acentuando suas incertezas, necessitando de um acompanhamento multiprofissional adequado.

Além do tratamento, a educação em saúde adquire uma importância fundamental, no sentido de esclarecer o diabetes e suas implicações, buscando minimizar ao máximo as

consequências físicas e emocionais, facilitar a adesão ao tratamento e viver a vida com a maior intensidade.

Segundo Santos (2001), a adesão ao tratamento tem sido uma questão relevante, principalmente entre adolescentes que têm dificuldades de seguir restritivas prescrições médicas. Nessa faixa etária, a doença tem um impacto muito grande pelo fato de que o curso normal de desenvolvimento pode ser alterado.

O Ambulatório Universitário da FURB atende crianças e adolescentes da região do Médio Vale do Itajaí portadores de diabetes. Como unidade de ensino, tem a responsabilidade de prestar atendimento de qualidade, e constituir-se em referência em termos de experiências inovadoras na área da saúde. Nesta direção, e considerando as diretrizes da universidade, respeitando as diretrizes e princípios do SUS, desenvolve projeto de acompanhamento a esse segmento da população, cuja proposta está sistematizada no Projeto apresentado a PROPEX para concorrer ao Edital PROERC/PAEX n.º 02/06 (MOREIRA, 2006).

O Projeto Atenção Integral ao Portador de Diabetes – “Grupo Doce Alegria” – é desenvolvido por equipe multiprofissional, composta por professores dos cursos de Serviço Social, Medicina, Farmácia e Nutrição, além de acadêmicos destes cursos, enfermeiras do próprio ambulatório e conta com a participação da Associação dos Diabéticos do Vale do Itajaí (ADVALI). As atividades estão organizadas a partir de uma perspectiva de Educação em Saúde e envolvem reuniões mensais com crianças e adolescentes portadores de diabetes e seus familiares, com temáticas definidas no primeiro encontro do ano e estabelecidas em cronograma de atividades. Nestas reuniões há troca de experiências entre os participantes do grupo, contribuindo no tratamento da doença, na prevenção de agravos e na promoção da saúde. As Oficinas sobre diabetes são implementadas por acadêmicos, professores e profissionais mencionados em diversos espaços como escolas, unidades de saúde e espaços comunitários/equipamentos sociais do município de Blumenau. As consultas médicas e atendimentos individuais às situações específicas incluem-se entre as atividades do projeto.

Nessas reuniões percebe-se a importância do apoio familiar no tratamento e controle do diabetes das crianças e adolescente, como também no suporte emocional. Muitas vezes, ao receber o diagnóstico, as famílias passam por momentos de crise por se tratar de uma doença crônica e pelo desconhecimento dos procedimentos e cuidados que a mesma exige. A troca de experiências possibilita que as mesmas expressem suas angústias e, por vezes, as mudanças que ocorrem nas relações dos pais com os filhos, seja no sentido da superproteção para compensar as limitações que a doença impõe, ou também no sentido de estimulá-los à vida social.

Outro elemento importante, resultado das reuniões, é a socialização dos direitos sociais, particularmente o direito à saúde, implicando a disponibilização pelo SUS da insulina, seringas, fitas para controle da glicemia e agulhas adequadas, bem como o direito a alimentos próprios para a sua condição nas cantinas das escolas. Para isso, recebem informações quanto aos mecanismos disponíveis para acessá-los e, muitas vezes, relatam experiências de conquistas neste sentido.

Para as crianças e adolescentes, as reuniões facilitam a exposição dos seus sentimentos em relação ao diabetes, ao incômodo da aplicação da insulina, às restrições aos doces e, portanto, às festas com os amigos. Por outro lado, os mesmos socializam suas conquistas e superações em relação a este contexto.

Com relação ao recurso metodológico das oficinas nas escolas onde há crianças e adolescentes com diabetes, percebemos que houve um despertar nos alunos e educadores para a especificidade desta condição de saúde e direitos do portador. As avaliações feitas com os alunos após a realização das oficinas, nos levam a crer que o diabetes hoje seja menos desconhecido daqueles com os quais atuamos, como nos mostra uma das falas: “Aprendi que a pessoa que tem diabetes precisa de cuidados e de apoio para não se sentir excluída das pessoas, principalmente dos amigos” (aluno 7ª série).

A vivência tem nos mostrado os limites no atendimento ao usuário por parte da rede de serviços públicos do município, cabendo destacar que estes não funcionam como “rede”. Isso impõe a necessidade de maior atenção na relação com os demais níveis de complexidade dos serviços do SUS, assim como a urgência de pensar a articulação com as demais políticas setoriais. Segundo nossa compreensão, tal constatação vem referendar a proposta deste projeto. A articulação entre tais políticas vem sendo tentada no cotidiano da intervenção, a partir das situações individuais dos usuários dos serviços e das oficinas realizadas nas unidades básicas de saúde, em comunidades onde residem esses usuários, com o objetivo de estabelecer a referência e contrarreferência necessária para o acompanhamento adequado, contínuo e integral. Nestas ficavam evidentes as limitações institucionais enfrentadas pelas equipes de saúde no cumprimento de suas atribuições, especialmente em se tratando de uma das prioridades definidas pelo Ministério da Saúde.

Pela complexidade da doença e suas repercussões no contexto pessoal, familiar e social, percebe-se a necessidade do acompanhamento interdisciplinar que, no caso específico deste projeto, a ausência da Psicologia é um fator fundamental, assim como a da Educação Física, o que contribuiria para aprofundar o caráter interdisciplinar do conhecimento da

doença e de suas implicações, como também no acompanhamento das crianças e adolescentes e suas famílias de forma integral.

A esse respeito, Nogueira (1998) nos relembra que, ao *se pensar* em um projeto interdisciplinar, um dos objetivos é atingir a *integração/ interação* entre as disciplinas e os diversos saberes das diferentes áreas do conhecimento de todos os participantes do processo ensino-aprendizagem, sem que diferentes matérias sirvam apenas de subsídios para que os alunos ou o público-alvo realizem mentalmente a sua própria *integração/ interação*.

Informação, controle social e cidadania

Ainda antes da Constituição Federal de 1988, os movimentos sociais já reivindicavam maior participação na esfera pública, como condição para o exercício da cidadania. Para a efetividade desta participação, o acesso às informações que envolvem o direito à saúde é imprescindível, sem o qual, a população continuaria na condição de espectadora, submissa às definições vindas das instâncias técnicas e gestoras. No decorrer das últimas décadas, foi crescendo no país a organização dos usuários do SUS nos Conselhos de Saúde, como instâncias de controle social na política de saúde. O controle social pode ser exercido de diversas formas e em diversos espaços, mas, de modo especial, nos Conselhos para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar as ações do Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (CARVALHO, 1995, p. 28).

Além disso, a Educação em Saúde também ganhou espaço nos debates da Saúde Coletiva, como mecanismo de democratização do saber com o reconhecimento e a valorização do saber do outro, a transmissão de informações e a construção compartilhada de novos saberes, potencializando o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais, favorecendo, assim, a conquista de melhor qualidade de vida. Através das atividades de Educação em Saúde baseadas no diálogo e no encontro das pessoas, poderemos contribuir para a formação de uma consciência sanitária crítica, possibilitando o maior exercício da cidadania.

No AU/FURB, as atividades de Educação em Saúde, tendo como eixo o controle social, desenvolvem-se há quase uma década.

Neste projeto, as atividades envolvem discussões/simulações a partir de temáticas relativas à saúde, tendo como eixo norteador o controle social. As discussões são

desenvolvidas na forma de oficinas (Oficinas de Cidadania), em espaços da comunidade, como conselhos de saúde, associações de moradores, equipamentos sociais e outros espaços públicos, mediante agendamento prévio.

As mesmas discussões também acontecem nos espaços do ambulatório, enquanto os usuários aguardam suas consultas, as salas de espera, que são desenvolvidas por acadêmicas colaboradoras/estagiárias e bolsista.

Um dos subprojetos é o chamado Humanização dos Serviços do AU-FURB, que procura envolver os atores na discussão das questões relativas ao SUS e aos serviços prestados nesta unidade. Caixas de sugestões são colocadas na unidade, como um recurso utilizado para aferir a opinião dos usuários sobre os serviços prestados na unidade, alimentando as discussões realizadas com os trabalhadores do AU que tem como objetivo humanizar a atenção prestada ao usuário e ao trabalhador do ambulatório. As opiniões e propostas são mensalmente verificadas, analisadas e repassadas aos setores do ambulatório e à coordenação do curso de medicina.

As caixas de sugestões possibilitaram evidenciar diversas questões, tais como: propostas para tornar o serviço mais humanizado; críticas a posturas consideradas desumanas; elogios à postura ética de alguns profissionais e/ou setores, como, por ex.:

Por que o paciente deve comparecer à consulta às 13h, sendo que o atendimento será após 3 horas de espera? É falta de consideração com os pacientes de mais idade, além do que o médico é sempre interrompido durante a consulta. Sugestão: agendar consulta com mais horários. Ex: às 13 h, 4 pacientes; 13h30min mais 4 e assim alternando, pois ninguém fica calmo tendo que esperar tantas horas e dentro do consultório mais de meia hora. (A)

A gente vem aqui para ser atendido às 13h30 min e depois a gente tem que esperar até 2 horas para ser atendido. Por que não mandar a gente vir mais tarde? (B)

Gostaria de saber por que idosos, gestantes e deficientes físicos não têm prioridade no atendimento. Pelo que eu sei, isso é lei. (C)

Estão de parabéns, moços(as) bem atenciosos(as), explicativos(as) e que se expressam com bastante clareza. (D)

A Política Nacional de Humanização define como princípios, entre outros:

Atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; [...]; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004).

Em consonância com estes princípios, o subprojeto pretende estimular a criação de uma cultura participativa de definição e gestão dos serviços, como também avaliar e qualificar as ações e a inter-relação com os usuários e os demais sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde.

O GT de humanização considerou a necessidade de divulgar esses resultados a todos os trabalhadores do AU (docentes, servidores, acadêmicos). Neste sentido, as acadêmicas do Serviço Social estabeleceram contatos com o Centro Acadêmico de Medicina, já que muitos daqueles acadêmicos não podem participar das reuniões de humanização, devido à coincidência de horário com suas aulas. Os mesmos, embora desenvolvessem seus estágios na mesma unidade, desconheciam o trabalho do GT, como de outras atividades de informação e educação em saúde.

Tanto a Organização Mundial da Saúde, como os Ministérios da Saúde e da Educação no Brasil, a Rede Unida e outros organismos preocupados com esta questão têm chamado a atenção para o distanciamento entre o mundo acadêmico, as necessidades de saúde das populações e a prestação real dos serviços, considerando ser este um dos fatores da crise do setor da saúde. No pequeno universo considerado neste artigo, percebemos as mesmas contradições do contexto geral, quando os sujeitos não conseguem estabelecer as interlocuções necessárias. Aqui é bom mencionar os autores Carvalho e Ceccin (2006, p. 150), ao se referirem à formação em saúde, particularmente no âmbito da graduação:

Cabe à Saúde Coletiva, dentre as áreas da Grande Área da saúde, propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, de modo que possibilite ao conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, bem como às demais áreas, subáreas ou especialidades que configuram o trabalho em saúde, uma visão ampliada do campo e contribua para que tomemos posse dos saberes e práticas que podem potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência [...].

Para superar estas limitações e ampliar a socialização de informações junto aos usuários, o grupo de trabalho decidiu pela elaboração de um jornal bimestral. O mesmo já está em sua terceira edição e vem sendo distribuído, contendo informações sobre a política de humanização, o cronograma de reuniões, os grupos de educação em saúde, o incentivo à participação em todos os espaços e, especialmente, as contribuições da comunidade externa nas caixas de sugestões, entre outros.

Ainda, para disponibilizar aos usuários informações que contribuam para o exercício da cidadania, são construídos murais colocados em locais de acesso fácil no AU, apresentando temas relacionados à saúde, à realidade social e aos direitos sociais, que também

são trabalhados nas discussões da Sala de Espera e nas Oficinas de Cidadania. A estratégia dos murais tem atraído as pessoas à leitura. É frequente percebermos que, enquanto aguardam os atendimentos, os usuários leem as mensagens afixadas. Nas caixas de sugestões, a avaliação dos murais tem merecido avaliações favoráveis. Por se tratar de temas atuais, há um estímulo e curiosidade para que isso aconteça.

Quanto às atividades realizadas fora do espaço físico do AU, o aceite das instituições/entidades contatadas vem alterando gradativamente com a ampliação dos contatos com as UBs, ESFs e Conselhos Locais de Saúde. O mapeamento de espaços públicos foi realizado pelas acadêmicas envolvidas, que conseguiram levar a discussão para o Município de Gaspar, onde foram realizadas reuniões com representantes do Conselho Municipal de Saúde de Gaspar (SC) e, posteriormente, com uma Associação de Moradores. A metodologia utilizada foi a oficina, buscando envolver os participantes desde a definição dos temas, sua discussão, até a avaliação e propostas de continuidade. A efetividade desta metodologia é facilitada pela característica dos participantes, pois os mesmos provêm de organizações populares, contando com certa experiência neste sentido.

A opção metodológica adotada leva em consideração que a participação ativa tem a força de revelar a necessidade que os indivíduos têm em se unir para alcançar seus objetivos. Sozinhos, de forma isolada, provavelmente não conseguiriam alcançá-los. A interação ganha enorme importância neste contexto, pois, através dela, as experiências, as opiniões, as dúvidas, os referenciais e as percepções são compartilhadas, exigindo uma postura ética por parte dos profissionais e acadêmicos envolvidos.

A participação social e a cidadania referem-se à apropriação pelos indivíduos do direito de construção democrática do seu próprio destino. Sua concretização passa pela organização coletiva dos participantes, possibilitando, desde a abertura de espaços de discussão dentro e fora dos limites da comunidade, até a definição de prioridades, elaboração de estratégias de ação e estabelecimento de canais de diálogo com o poder público (TENÓRIO; ROZENBERG, 2007).

Isso se evidenciou também no envolvimento dos trabalhadores do ambulatório nas atividades relacionadas à humanização do atendimento que, no último semestre, intensificou o trabalho, dando sequência às reuniões e às ações por elas definidas. Conseguimos a aderência e participação nas reuniões de quase todos os setores, faltando apenas a presença do corpo médico e da coordenação da unidade. As reuniões são realizadas no espaço da sala de recepção da unidade, para que o grupo ganhe maior visibilidade e possibilite a participação dos usuários.

Plantão Social

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, entre os seus princípios, o da universalidade, devendo oferecer atenção à saúde a todos os brasileiros, indistintamente. Sua operacionalização se dá através de diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade das demandas e da intervenção necessária. Em que pese a conquista social que o SUS representa, ainda existem grandes entraves que limitam sua operacionalização, particularmente o modelo médico-centrado. Somando isso às precárias condições de vida de boa parcela da população, as demandas ao Plantão Social do AU são, em grande parte, expressões da incapacidade operacional do sistema de saúde, da sua desarticulação com as demais políticas sociais, do contexto de exclusão e até mesmo das contradições do sistema de ensino de graduação que vivenciamos.

Quando esses usuários necessitam da atenção de especialistas, ou de outros procedimentos de média complexidade, são encaminhados para os hospitais ou ambulatórios do nível secundário. O AU-FURB, como unidade de atenção secundária à saúde e conveniado ao SUS, presta um tipo de atendimento aos usuários que requer, frequentemente, exames especializados, medicamentos e equipamentos específicos às várias situações de saúde-doença evidenciadas. Em face de seu processo saúde-doença, muitos usuários apresentam demandas específicas para as quais, muitas vezes, não apresentam condições (especialmente materiais) para resolvê-las, ou ainda esbarram com as limitações do próprio SUS. Em decorrência disso, acabam sendo encaminhados ao Serviço Social.

Estas situações repetem-se com frequência, pois a população demandante está cotidianamente em busca de benefícios e auxílios de várias ordens e em várias instituições.

Desencadear processo de escuta, reflexão e discussão sobre as condições sociais e de saúde que emergem na forma destas demandas, através do atendimento no Plantão Social, vem sendo a direção da ação do Serviço Social. Trata-se de uma escuta “qualificada” no sentido de possibilitar a emergência dos problemas, conflitos e necessidades de forma franca e aberta, sem constrangimentos. Trata-se de uma atitude profissional ética que acolhe o usuário como um sujeito com necessidades e direitos, sem julgá-lo, mas com a única preocupação de compreender suas demandas e, de forma segura, clara e responsável, encaminhá-lo para a rede de serviços onde terá a resposta que busca.

Então, quando o assistente social refere-se a acolhimento, pode-se entender que, na entrevista, foi desencadeado um espaço de mediação no qual há responsabilização e criação de vínculos entre o usuário e a instituição, ali representada pelo profissional.

Assim, o acolhimento não se limita ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que buscam a intervenção resolutiva (LEWGOV, 2007, p. 10).

No caso do Projeto Plantão Social, entendemos que a busca pelos recursos necessários para sanar essas necessidades de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, sustenta-se na manifestação organizada destes em fóruns de discussão e definição acerca da política adotada na área. Contudo, esta forma de intervenção individualizada, com caráter imediato, ainda é necessária, como vimos acima, cientes de que a perspectiva a ser dada são a reivindicação e a intervenção coletivas. Este atendimento se dá mediante o acolhimento, a escuta, ou a abordagem individual realizadas através de entrevistas e da própria observação, buscando identificar as demandas. Neste momento, é desenvolvido um processo de reflexão com o usuário, no sentido de problematizar a situação trazida, as formas de solução já procuradas e, particularmente, os direitos que lhe são assegurados. Atualmente, o acolhimento é recomendado pelo Ministério da Saúde, para imprimir uma dimensão mais humanizada, solidária e cidadã ao processo de trabalho em saúde.

Pelas características institucionais do AU, grande parte das demandas que chegam ao Serviço Social deve ser encaminhada à rede de serviços públicos, estabelecendo-se uma relação de complementaridade/intersetorialidade. Isso requer constantes contatos com as instituições que compõem esta rede para que, ao fazer o encaminhamento, o usuário seja orientado adequadamente, evitando longas caminhadas e frustrações. Neste sentido, os encaminhamentos têm caráter educativo/informativo, tendo como norte o atendimento às suas demandas e o acesso aos direitos sociais.

Muitos dos atendimentos dependem de diversos contatos com o usuário, sejam eles presenciais, ou por telefone, até levar a bom termo sua demanda.

Outra atividade realizada neste projeto é a identificação do perfil dos usuários do Plantão Social e aprofundamento do conhecimento sobre suas demandas, na tentativa de construir indicadores que possibilitem a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Esse conhecimento é realizado através de uma pesquisa documental feita nos cadastros dos usuários, permanentemente.

Desvelar as mediações existentes nas relações entre os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, evidenciando aspectos sociais imbricados no cotidiano dos usuários, caracteriza e justifica a intervenção do Serviço Social no Plantão Social. Da nucleação destes usuários originaram-se grupos específicos, que se reúnem segundo cronograma e necessidades específicas. O trabalho facilita a mobilização do usuário em relação a seus

direitos e abre mais uma possibilidade de contato do aluno com o cotidiano deste, suas mazelas, sua realidade.

O Plantão Social é entendido como uma modalidade de atendimento socioassistencial, destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, advindas de abandono, maus tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dificuldades de acesso a exames, medicamentos e procedimentos de alto custo, entre outras. Neste sentido, sua efetividade depende da estreita interface com a rede de serviços de saúde, socioassistenciais, jurídicos e outros, do município e da região. Trata-se de uma forma de buscar a integralidade da atenção.

Este espaço de atendimento tem contribuído na formação acadêmica dos alunos do Serviço Social, particularmente no que se refere ao procedimento de atendimento individual, à postura ética de escuta e respeito ao usuário, como também à articulação com elementos teóricos necessários para a análise das demandas, a detecção dos seus determinantes sociais e a necessária articulação intersetorial. Para isso, o conhecimento da rede de serviços é imprescindível, o que também se constitui em elemento de aprendizagem.

O esforço para atingir as metas e os objetivos previstos esbarra em limitações, algumas delas conjunturais e outras mais complexas, que têm raízes históricas de difícil remoção.

Uma delas diz respeito ao trabalho coletivo, que articula diferentes sujeitos, cursos, saberes e concepções. Na área da saúde, esta questão é forte, pois, segundo determinação do Conselho Nacional de Saúde, são 14 (quatorze) profissões envolvidas, com histórias e projetos pedagógicos muito diferenciados. A formação acadêmica está na raiz desta questão. Isso é tão evidente que, nos últimos anos, diversas formas de articulações vêm sendo implementadas pelos cursos de graduação da área da saúde, com o incentivo do MEC e do Ministério da Saúde, tais como: o Pró-Saúde, PET-Saúde, Rede Unida e o FNEPAS (Fórum Nacional das Profissões da Saúde). A tentativa é de aproximar os currículos a uma concepção ampliada de saúde, levando em consideração todos os seus determinantes, inclusive os sociais e de implementação de práticas integrais e coletivas, superando a restrita visão biomédica que transforma a saúde num fenômeno meramente biológico.

Atualmente ainda predomina uma formação tecnicista e fragmentada que se expressa nas atividades cotidianas dos profissionais e dos serviços, que impõe limites ao trabalho interdisciplinar.

Para Sotz (2001, p. 29),

[...] os sistemas médicos precisam aprender a pensar os indivíduos doentes em suas relações, contextos, representações e modo de andar a vida. Acredito que este novo

saber ainda será um saber continuado, mas aberto às desorganizações da vida impostas pelas doenças. Trata-se de um modo radicalmente diverso de conceber a saúde e a doença, bem como de organizar os serviços de atenção à saúde.

Nesta direção, percebe-se como algumas áreas do conhecimento ficam “à deriva” das discussões do processo saúde-doença, comprometendo a atenção à saúde de maneira integral.

Outra questão que acaba por limitar o alcance dos objetivos refere-se à disponibilidade das entidades/instituições/equipamentos sociais em responder às proposições e solicitações de espaço e de serviços requisitados, como ocorreu com a realização das Oficinas de Cidadania nos espaços comunitários. Muitas vezes há inadequações entre agendas, aliadas à questão dos horários dos docentes/alunos, comprometendo a realização da atividade. Aqui nos referimos também às respostas aos encaminhamentos de usuários para o acesso a algum tipo de serviço, necessário à resolução de problemas individuais ou familiares, implicados com sua situação de saúde. Observamos a dificuldade dos serviços públicos em responder, como “rede”, às necessidades dos usuários, fato que compromete a saúde da população.

Referencias

BRASIL. MEC. Resolução nº 15 de 13 de março de 2002, *Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social*.

_____. Ministério da Saúde. *Dia Mundial do Diabetes*. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 07 dez. 2008.

HOSPITAL SÃO CAMILO. Disponível em: <www.saocamilo.com/mailing/mail118.html>. Acesso em: 05 dez. 2008).

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 8, dez. 2007. Acesso em: 14 dez. 2008.

MOREIRA, Bernadete. *Programa Educação em Saúde*. Blumenau: PROERC, Departamento de SSO/FURB, 2006.

NOGUEIRA, N. R. *Interdisciplinaridade aplicada*. 3. ed. São Paulo: Érica. 1998.

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. Tomasio. In: BRAVO, M. I. *Serviço Social e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, JR. *Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. 2001.

SETUBAL, Aglair Alencar. Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional. *Rev. Katál*, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 64-72, 2007.

STOTZ, Eduardo N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. In: *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F. G.; ROSENBERG, J. E. Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, v. 31, n. 4, p. 101-125, jul./ago. 1997.

VASCONCELOS, Eymard M. *Surgimento, crise e redefinição da educação popular em saúde*. Disponível em: <www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc>. Acesso em: 05 dez. 2008.