

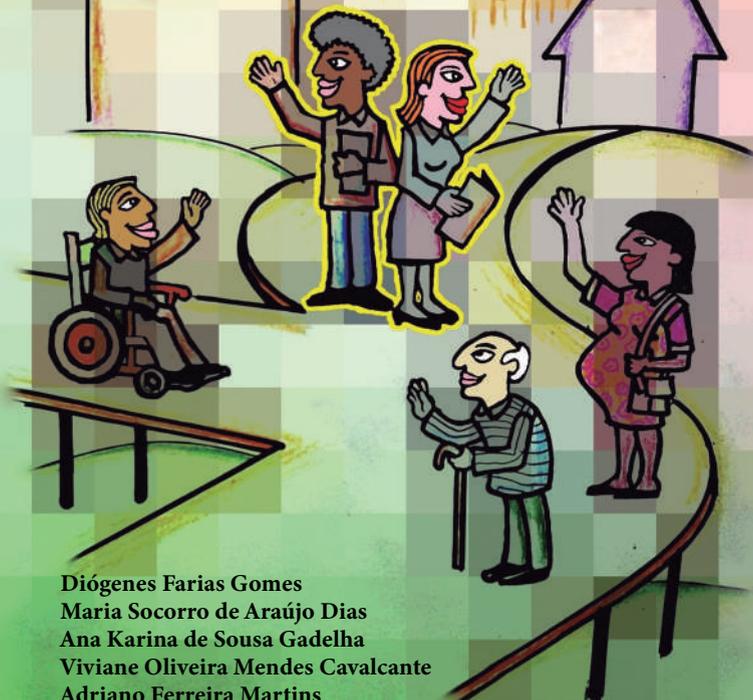
TRANS

Formações

das Residências

Multiprofissionais

em Saúde



Diógenes Farias Gomes
Maria Socorro de Araújo Dias
Ana Karina de Sousa Gadelha
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante
Adriano Ferreira Martins
Organizadores

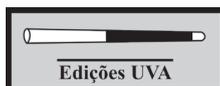


Edições UVA

Diógenes Farias Gomes
Maria Socorro de Araújo Dias
Ana Karina de Sousa Gadelha
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante
Adriano Ferreira Martins
Organizadores

(TRANS)FORMAÇÕES DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

**SOBRAL – CE
2020**



(Trans)Formações das Residências Multiprofissionais em Saúde

© 2020 Copyright by Diógenes Farias Gomes, Maria Socorro de Araújo Dias, Ana Karina de Sousa Gadelha, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante e Adriano Ferreira Martins (Orgs.)

Impresso no Brasil/Printed in Brasil

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613



Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)

Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo

Ana Iris Tomás Vasconcelos

Carlos Augusto Pereira dos Santos

Claudia Goulart de Abreu

Eneas Rei Leite

Francisco Helder Almeida Rodrigues

Israel Rocha Brandão

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Maria Adelane Monteiro da Silva

Maria Amélia Carneiro Bezerra

Maria José Araújo Souza

Maria Somália Sales Viana

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Raquel Oliveira dos Santos Fontinele

Renata Albuquerque Lima

Simone Ferreira Diniz

Tito Barros Leal de Ponte Medeiros

Virginia Célia Cavalcanti de Holanda

Catálogo

Neto Ramos CRB 3/1374

Revisão de texto

João Ribeiro Paiva

Revisão de Qualidade

José Reginaldo Feijão Parente

Márcia Maria Santos da Silva

Maria José Galdino Saraiva

Silvinha de Sousa Vasconcelos Costa

Thatianna Souza da Silveira

Liélma Carla Chagas da Silva

Capa

Martonio Gomes Holanda

Diagramação

Márcio Barros

Telefone:(88) 99777-4374

Bibliotecário Responsável: Neto Ramos CRB 3/1374

T696 Transformações das residências multiprofissionais em saúde [recurso eletrônico] / Diógenes Farias Gomes et al. (Orgs.). - Sobral: Edições UVA, 2020.
E-Book: PDF.
290 f.
ISBN.: 978-65-87115-01-6

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Educação na saúde. 3. Saúde da família. 4. Saúde mental. I. Dias, Maria Socorro de Araújo. II. Gadelha, Ana Karina de Sousa. III. Cavalcante, Viviane Oliveira Mendes. IV. Martins, Adriano Ferreira. V. Título.

CDD 613

SUMÁRIO

ORGANIZADORES E AUTORES	05
APRESENTAÇÃO	13
ITINERÁRIOS DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL	17
<i>Maria Socorro de Araújo Dias, Pedro Alves de Araújo Filho, Márcia Maria Santos da Silva, José Reginaldo Feijão Parente, Maria José Galdino Saraiva e Maria Rocineide Ferreira da Silva</i>	
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL: Aspectos Teórico-Práticos das Residências em Saúde	43
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	61
<i>Camila da Costa Brasil, Vanessa Calixto Veras, Lúcia Conde de Oliveira e Jon Anderson Machado Cavalcante</i>	
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Uma análise a partir da Residência Multiprofissional em Saúde	85
<i>Adriana Freitas Diniz Rodrigues, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Emanuella Cajado Joca, Sharmenia de Araújo Soares Nuto e Ana Suelen Pedroza Cavalcante</i>	
ITINERÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	105
<i>Marcos Aguiar Ribeiro e Isabel Cristina Kowal Olm Cunha</i>	
SAÚDE MENTAL DA JUVENTUDE: Construindo Estratégias de Cuidado com os Jovens da Periferia	123
<i>Mirna Jorjandhe Bernardino Barreto, Israel Rocha Brandão, José Reginaldo Feijão Parente e Aristides Parente da Ponte Filho</i>	

**CUIDANDO DO CUIDADOR: A Formação Grupal de Familiares/
Cuidadores de Pessoas com Transtorno Mental no Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS) 145**

*Aline Maria Furtado de Carvalho, Eliany Nazaré Oliveira, Maria Suely Alves
Costa, Thatianna Souza da Silveira e Narceli América de Alencar Azevedo*

**O CUIDADO DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA EM UMA ESCOLA NO MUNICÍPIO
DE SOBRAL-CE 169**

*Gleyde Raiane de Araújo, Noraney Alves Lima, Hamilton Almeida Peixoto,
Antônia Amanda Souza Araújo e Antônia Márcia Macêdo de Sousa*

**ESPAÇOS DE ESCUTA COMO DISPOSITIVOS DE CUIDADO E SAÚDE
COMUNITÁRIA 195**

*Joélia Oliveira dos Santos, Ana Karina de Sousa Gadelha, Noraney Alves Lima
Carina Guerra Cunha e Francisco Gilmário Rebouças Júnior*

**CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CUIDADO À
SAÚDE DO HOMEM 221**

*José Carlos Araújo Fontenele, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante, Silvinha de
Sousa Vasconcelos Costa, Maria Adelane Monteiro da Silva e Sanayla Maria
Albuquerque Queiroz*

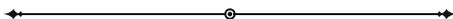
**O CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA EM DOIS CENTROS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL/CE 239**

*Thalanikelson de Oliveira Brito, Márcia Maria Santos da Silva, Diógenes Farias
Gomes, Heliandra Linhares Aragão e Ivna Arruda Sousa*

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO
DE IDOSOS: Estudo de Intervenção 265**

*Valdênia Cordeiro Lima, Maria da Conceição Coelho Brito, Aline Ávila
Vasconcelos, Francisca Izarlândia Sousa Aragão e Karina Oliveira de Mesquita*

ORGANIZADORES E AUTORES



Adriana Freitas Diniz Rodrigues – Cirurgiã Dentista na Estratégia Saúde da Família pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5074538004327156>

Adriano Ferreira Martins – Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6234046251059906>

Aline Ávila Vasconcelos - Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4843281023726657>

Aline Maria Furtado de Carvalho – Enfermeira. Especialista em caráter de Residência em Saúde Mental pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3213825285266674>

Ana Karina de Sousa Gadelha – Psicóloga. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Analista de Tutoria do Projeto A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde (PlanificaSUS) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2959728383718985>

Ana Suelen Pedroza Cavalcante – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4584217577020262>

Antônia Amanda Souza Araújo – Fonoaudióloga. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4749182258614939>

Antônia Márcia Macêdo de Sousa – Contabilista e Profissional de Educação

Física. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). <http://lattes.cnpq.br/6344750405067711>

Aristides Parente da Ponte Filho - Psicólogo especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenador da Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2290280762011130>

Camila da Costa Brasil – Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Ceará. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6442224065320123>

Carina Guerra Cunha – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Assessora Técnica da 11ª Regional de Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8050271933064594>

Diógenes Farias Gomes – Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (RMSM/ESP-VS). Membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS/DGP/CNPq). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4409851904405928>

Eliany Nazaré Oliveira – Enfermeira. Pós Doutora pela Universidade do Porto. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9795597292263465>

Emanuella Cajado Joca – Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4218119905245265>

Francisca Izarlândia Sousa Aragão – Enfermeira da Estratégia saúde da

Família, Sobral, Ceará. Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).

Francisco Gilmário Rebouças Júnior – Psicólogo. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Analista de Tutoria do Projeto A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde (PlanificaSUS) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4158270363820490>

Gleyde Raiane de Araújo - Psicóloga. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saúde (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8194122215151323>

Hamilton Almeida Peixoto – Psicólogo. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3371090065471552>

Heliandra Linhares Aragão – Assistente Social. Especialista em Saúde Integral e Preceptoria do SUS. Gerente do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0366834966889163>

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha - Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Associada Livre Docente do Departamento de Administração e Serviços de Saúde e Orientadora Permanente do Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8695765272291430>

Israel Rocha Brandão – Filósofo. Pós-doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7129542198919038>

Ivna Arruda Sousa – Fonoaudióloga. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3600108468324821>

Joélia Oliveira dos Santos – Psicóloga. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7304233899302456>

Jon Anderson Machado Cavalcante – Psicólogo. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor do Curso Bacharelado em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), campus Ceará. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1117633353304769>

José Carlos Araújo Fontenele – Fisioterapeuta. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (UVA/ESP-VS). Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0968218143394657>

José Reginaldo Feijão Parente – Psicólogo. Doutor em Educação pela Universidade Viña del Mar no Chile. Professor da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7525109486489712>

Karina Oliveira de Mesquita – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7500243881092175>

Lúcia Conde de Oliveira – Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professora Adjunta do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Acadêmico em Serviço Social da UECE. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5876775916108620>

Márcia Maria Santos da Silva – Assistente Social. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora de Ensino da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0537378537270944>

Marcos Aguiar Ribeiro – Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2693925782070523>

Maria Adelane Monteiro da Silva – Enfermeira. Doutora e Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7385143792598274>

Maria da Conceição Coelho Brito – Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS) de Sobral, Ceará. Membro do Laboratório de Pesquisa Social Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS/DGP/CNPq). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7763230800375423>

Maria José Galdino Saraiva – Pedagoga. Mestre em Educação na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora Pedagógica da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8624851175200364>

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e dos Programas de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e em Saúde Coletiva da UECE. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6463145896403157>

Maria Socorro de Araújo Dias – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), com Pós-doutoramento em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família da UFC e da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7763230800375423>

br/9251743262592177

Maria Suely Alves Costa – Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade do Minho Portugal. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2185576054040094>

Mirna Jorjandhe Bernardino Barreto - Psicóloga especialista em caráter de Residência em Saúde Mental pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5846396047135676>

Narceli América de Alencar Azevedo – Médica Psiquiatra. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA (UNINTA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2618866838498993>

Noraney Alves Lima – Assistente Social. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9405766333049751>

Pedro Alves de Araújo Filho – Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza (SMSE). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1575111414253848>

Ricardo Burg Ceccim – Enfermeiro. Professor Titular de Educação em Saúde, junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Orientador de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGEduc/UFRGS. Mestre em Educação, Doutorado em Psicologia Clínica, Pós-Doutorado em Antropologia Médica e Estágio Pós-Doutoral em Políticas Públicas em Serviços de Saúde e Sociais. É pesquisador CNPq em Educação e Ensino da Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9247766157002480>

Sanayla Maria Albuquerque Queiroz – Profissional de Educação Física. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6657377220416893>

Sharmenia de Araújo Soares Nuto – Bacharel em Odontologia. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Professora Titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0636763091396917>

Silvinha de Sousa Vasconcelos Costa - Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7816031380877410>

Thalanikelson de Oliveira Brito – Assistente Social. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9480219749279959>

Thatianna Souza da Silveira – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade ViaSapiens. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1623126215868203>

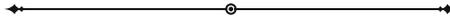
Valdênia Cordeiro Lima – Enfermeira. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (UVA/ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5420985159581578>

Vanessa Calixto Veras - Assistente Social, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde da Família pela UECE e em Atividade de Processos de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6809530838632654>

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora da Residência

Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) pela Escola de Saúde Pública
Visconde de Saboia (ESP-VS). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8092574185488979>

APRESENTAÇÃO



Este livro apresenta as experiências teóricas e práticas de egressos das residências multiprofissionais em saúde da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS), além de textos de professores e discentes de programas de pós-graduação, colaboradores vinculados a instituições de ensino superior.

Situada no município de Sobral, Ceará, a ESP-VS, em 1999, inicia a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), manifestação de um projeto para a formação de trabalhadores orientados para as práticas humanistas e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como determina o artigo 200 da Constituição Federal do Brasil de 1988. Unindo educação permanente e qualidade da assistência em saúde, esse programa de residência multiprofissional instituiu-se como modelo para as demais regiões do país.

Em 2013, como resultado de um movimento integrado entre ESP-VS e Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), inicia-se a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM). Desse modo, a ESP-VS amplia seu escopo formativo, inicialmente direcionado para saúde da família, e intensifica a inserção de profissionais-residentes no sistema local de saúde.

Decorridos alguns anos, as residências multiprofissionais promoveram mudanças significativas nos serviços da Estratégia Saúde da Família, e nos Centros de Atenção Psicossocial, a partir das intervenções realizadas pelos profissionais-residentes e corpo docente assistencial. Desse modo, o livro **(Trans)Formações das Residências Multiprofissionais em Saúde** tem o objetivo de tornar públicas essas experiências, na tentativa proporcionar a leitura reflexiva de outros atores, em outros espaços de prática.

Na Parte I do livro o leitor encontrará cinco capítulos que versam um diálogo orientado para as perspectivas históricas e teóricas das Residências Multiprofissionais em Saúde. Já na Parte II, encontrará sete capítulos oriundos

de intervenções exitosas realizadas por egressos das Residências em Saúde da Família e em Saúde Mental.

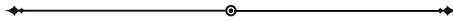
Boa Leitura!

Os Organizadores

**PARTE I:
INTERFACES DAS RESIDÊNCIAS
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**



ITINERÁRIOS DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL



*Maria Socorro de Araújo Dias
Pedro Alves de Araújo Filho
Márcia Maria Santos da Silva
José Reginaldo Feijão Parente
Maria José Galdino Saraiva
Maria Rocineide Ferreira da Silva*

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, as residências em saúde apresentam-se como potentes estratégias na formação de trabalhadores, idealizadas para desencadear processos de formação ancorados na concepção de educação permanente, com vistas à reorientação das lógicas tecnoassistenciais ainda presentes em diversos serviços. Os programas de formação em saúde, baseados no modelo de residências, acumulam importantes reconhecimentos e críticas acerca de sua eficácia e dos compromissos ideológicos e éticos que se estabelecem em seu interior.

Opera-se aqui com o reconhecimento da dimensão educativa do trabalho e dos vínculos indissociáveis entre trabalho e educação. Do primeiro, depreende-se que o ato laboral em si pode ser indutor de ressignificações, proporcionando importantes aprendizagens para o trabalhador que vão se consolidando, na medida em que o ser humano intervém na realidade e com isso modifica-a, transformando-se a si mesmo. Do outro modo, cabe indicar, ainda, que, para além dessa condição ontológica inerente à atividade humana, há de se considerar que é possível e necessário potencializar deliberadamente as condições, o ato em si e as consequências decorrentes do trabalho, mediante práticas educativas orientadas para o processo de trabalho. Isso decorre ao passo que se aciona o processo de educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde emerge no cenário laborativo como dispositivo fundamental não só de atualização, mas principalmente como estratégia de produção de mudanças no mundo trabalho. É nesta perspectiva

de reorientação e de indução positiva das práticas de trabalho coerentes com a realidade de saúde vivida pela população, nos vários níveis de complexidade de organização dos serviços de saúde, que as residências em saúde se aliam para favorecer a implementação de mudanças, conectando melhor os processos de trabalho com as questões advindas dos territórios e serviços.

No contexto da formação em saúde, os signatários das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), como estratégia de educação permanente para construção e fortalecimento do SUS integral e resolutivo, informam encontrar instituições formadoras produzindo e formulando conhecimentos que sustentam paradigmas tecnicistas e cartesianos, reprodutores de procedimentos e não de processos de cuidado. Confirma-se que a organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em núcleos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação e na articulação entre os serviços e as Redes de Atenção à Saúde, no seu processo de trabalho em resposta às necessidades de saúde da população (CECCIM, 2010).

Uma avaliação sobre a atuação interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), em relação às Residências em Saúde no Brasil, realizada no contexto da Residência Médica, mas com as mesmas repercussões nos programas multiprofissional e uniprofissional Ribeiro (2011, p. 17), aponta que, do ponto de vista educacional,

A formação especializada dos [...] residentes obedece a dois senhores - a saber, a área educacional, cuja instância governamental de referência é o MEC, e a área de saúde, cuja referência governamental é o MS, responsável pela coordenação das ações do Sistema Único de Saúde. Como os objetivos e orientações educacionais e profissionais das duas áreas são distintos, deveriam ser devidamente harmonizados e compatibilizados, sob pena de trazer prejuízos à formação profissional dos estudantes, caso não sejam equilibradamente ministrados ou não observem os preceitos recomendados para uma formação de qualidade nos dois domínios.

Como parte constitutiva desse paradoxo, a formação em

saúde, da graduação às residências em saúde, surge como um dos desafios para se efetivar essa reorientação do modelo de atenção e a ressignificação do agir profissional no ato de cuidar, mas para isso precisa lidar com o modelo hegemônico de ensino na saúde, como destacam Carvalho e Ceccim (2012), um modelo centrado na pedagogia da transmissão e em uma matriz curricular fragmentada, disciplinar e com desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, com foco no ato de curar e reabilitar um doente, em vez de estabelecer um processo relacional e dialógico de cuidar do outro.

Semelhantemente ao que se observa nos cursos de graduação, vê-se também ocorrer nos cursos tradicionais de especialização *lato sensu*, qual seja, certo distanciamento da realidade vivida pelos serviços de saúde e nos territórios. Geralmente são cursos que apelam para os conteudismos, tecnicismos, modismos e outros “ismos”. Na nossa realidade verifica-se ainda que a demanda por formações no contexto das especializações tem a ver com a necessidade de se “turbinar” currículos. Vive-se em tempos de produção do sujeito narcísico do desempenho. Pretende-se definir mais pelo viés da quantidade do que pelo da qualidade. Decorre, então, que o nível de envolvimento do aluno tende a ser baixo, expressando uma relação utilitarista e ainda de um tipo muito característico de relações comerciais - como se o aluno estivesse meramente consumindo um produto.

Nesse contexto, as residências se destacam no cenário formativo como uma estratégia fundamental, de forma especial, pela radicalidade em que se colocam as possibilidades de aprendizagens. Isso ocorre pelo modelo que caracteriza o processo de ensino aprendizagem previsto para as residências em saúde, qual seja: a aprendizagem pelo trabalho, em serviço, baseada em situações concretas em que o residente mergulha de forma intensa e extensamente na rotina dos serviços de saúde e/ou dos territórios.

Tais questões, aqui indicadas como restrições e deficiências no campo da formação em saúde, merecem ser bem refletidas e examinadas por gestores e educadores, enfim por quem delibera e está implicado com a situação, na perspectiva de se identificarem possíveis soluções que reduzam essas limitações no âmbito das propostas formativas tanto das graduações quanto

das especializações. Não se está pretendendo crer que, feitos tais ajustes, os programas de residências não seriam mais necessários; ao contrário, quanto melhores forem os cursos de graduação e de pós-graduação mais impactos positivos, mais valor agregado e, certamente, novos desafios irão se somar aos programas de residência, considerando os seus múltiplos formatos e expressões.

Sendo assim, é imprescindível uma integração entre as políticas educacionais e de saúde, configurando um processo formativo orientado pela integração entre ensino e trabalho, que potencialize o desenvolvimento de competências para o cuidado integral orientado pelas necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2012). Para Sant' Anna e Hennington (2011), a reorganização do trabalho em saúde deve

[...] passar pela implementação de processos educacionais e formativos da força de trabalho, resultando na boa qualidade do produto final ofertado, que deve ser pautada pela prestação de assistência capaz de dar acolhimento e/ou resolução às necessidades sentidas pelos usuários; além da introdução ou ampliação de dispositivos democráticos de discussão e de decisão, que visem ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho (p. 224, grifo nosso)

Consequentemente, a necessidade de reorientação da formação profissional em saúde na graduação, além da subjetivação e ressignificação dos saberes e das práticas dos profissionais que já estão inseridos no sistema, por meio de processos de educação permanente e/ou de pós-graduação dos profissionais de saúde em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS, isto é, formação no SUS e para o SUS, é expressa como uma estratégia para reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

Sendo assim, partimos da compreensão de que o agir na saúde é consequência dos paradigmas hegemônicos, o pedagógico do ensino na saúde e o modelo de atenção à saúde, os quais foram sócio historicamente constituídos e são cotidianamente perpetuados. Advogamos que as Residências em Saúde

se constituem em um estratégico processo de ensino aprendizagem em serviço, sob a lógica da educação permanente em saúde, com potencialidade para promover a subjetivação e a re-significação de saberes e práticas e, conseqüentemente, a reorientação dos processos de trabalho e de cuidado.

PERCURSO HISTÓRICO E MARCO REGULATÓRIO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A residência como dispositivo de formação decorre de um movimento histórico de especialização do saber médico, o qual foi estruturado no espaço do hospital em meados do século XVII e constitui o que hoje é conhecido como as clínicas médicas. Criados dentro de instituições hospitalares e em regime de internato, os programas de residência passaram a configurar uma modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizada pela formação em serviço sob supervisão e considerada o “padrão-ouro” da especialização médica (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011; HAUBRICH *et al.*, 2015; MEDEIROS, 2016).

A Residência Médica surgiu em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, como uma programação destinada ao treinamento dos médicos após a graduação. Com base nessa experiência, espalhou-se pelos Estados Unidos da América e, posteriormente, para outros países, atingindo amplo reconhecimento e sendo considerada indispensável para a formação do médico. No Brasil, a Residência Médica foi institucionalizada há quase 40 anos, pois foi regulamentada oficialmente, em 1977, por Decreto Federal, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica; embora existente desde os anos de 1940 neste formato (HAUBRICH *et al.*, 2015; MEDEIROS, 2016)

Reforçando esse padrão de formação na saúde, é importante ressaltar a publicação do Relatório Flexner, em 1910, e o quanto este fato influenciou/influencia a formação e as práticas médicas no mundo ocidental e, posteriormente, atingiu/atinge os profissionais da saúde de modo geral, com a introdução de critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

Esse Relatório decorre de uma avaliação da situação do ensino nas 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá, realizada por Flexner, a convite da Carnegie Foundation. Como resultado dessa avaliação, o Relatório propôs um modelo de ensino médico segundo o qual o estudo da Medicina devia ser centrado na doença de maneira individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença-cuidado. Os hospitais se transformaram na principal instituição de transmissão do conhecimento e às faculdades restaram o ensino de laboratório nas áreas básicas (Anatomia, Fisiologia, Patologia) e a parte teórica das especialidades. As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação, configurando o que ficou conhecido como o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital (PAGLIOSAL; DA ROS, 2008; CARVALHO; CECCIM, 2012).

Comemorado como um modelo de formação científica das profissões da saúde, essa educação adquiriu um caráter instrumental, disciplinar (conteúdos cristalizados em disciplinas), como destacam Carvalho e Ceccim (2012),

[...] de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença (p. 141-142).

Em contraposição ao Relatório Flexner, em 1920, na Inglaterra, o médico real Lorde Bertrand Dawson, no documento histórico para a gestão e planejamento de sistemas de saúde pública, que ficou conhecido como Relatório Dawson, propunha uma educação em saúde integrada intimamente com o sistema de saúde e a não exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional, dando ênfase à incorporação das práticas de Atenção Primária à Saúde e não à atenção especializada hospitalar, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários

(CARVALHO; CECCIM, 2012).

O Relatório Dawson é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. A ênfase era na integração entre atividades preventivas e curativas e na utilização do médico generalista e de um âmbito considerado primeiro nível de atenção. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que, por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (LAVRAS, 2011; CARVALHO; CECCIM, 2012).

Carvalho e Ceccim (2012) destacam que as recomendações feitas pelo Relatório Dawson não foram adotadas rapidamente como as de Flexner, pois depararam com intensa resistência dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais contidas nas proposições de Dawson, as quais deveriam ser executadas pelo Estado.

Apesar de haver duas concepções para orientar os modelos de ensino e de atenção à saúde, prevaleceu no mundo ocidental o modelo que estava mais alinhado com a medicina liberal e os interesses corporativos dessa categoria. Para Medeiros (2016), o modelo flexineriano/biomédico determinou o processo de ensino-aprendizagem na Residência Médica e, por que não dizer, na saúde de maneira geral.

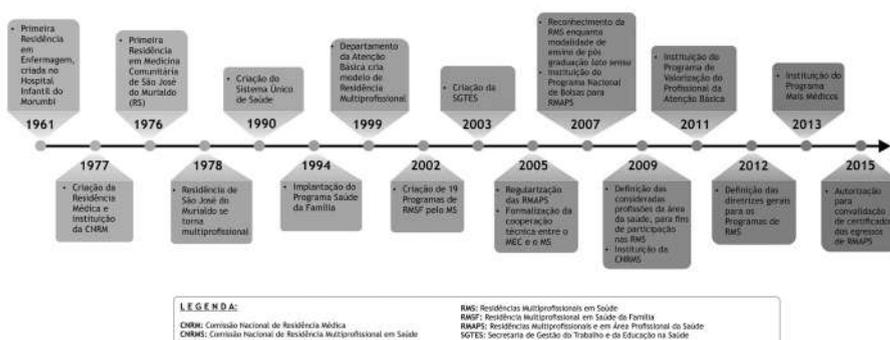
O contato direto e intensivo com o doente foi decisivo na transformação da medicina ao longo dos séculos, e definiu esse ato como essencial para a formação do médico. A priorização do fazer e da observação exaustiva dos sinais da doença influenciou o espírito da Residência até nossos dias, como indica sua denominação alternativa de treinamento em serviço (p. 21-22, grifo nosso).

A influência flexineriana na formação em saúde, com o passar dos anos, perdeu a hegemonia, e novos modos de produzir saberes e práticas foram incorporados. Coexistindo com modelos formativos conservadores e

estruturas de processos de trabalho que não convergem com a proposta de mudança do modelo trazida pelo SUS, as residências em saúde mostraram-se campo fértil para a compreensão do SUS como espaço de aprendizagem e ressignificação dos modos de cuidar, promovendo reflexões de conceitos como integralidade, interdisciplinaridade, humanização, dentre outros.

Para auxiliar na compreensão do desenvolvimento das residências em saúde no Brasil, apresentamos a seguir uma Linha do Tempo que destaca alguns fatos significativos a elas relacionados.

LINHA DO TEMPO - RESIDÊNCIAS EM SAÚDE



Fonte: Própria

No Brasil, a instituição de programas de residência para profissionais da área da saúde¹, exceto médicos, data da década de 1960, e seguia os moldes da Residência Médica, configurando um processo de formação em que a carga horária prática é significativamente maior do que os momentos de reflexão teórico-prática.

A primazia é atribuída à Residência em Enfermagem, criada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, no ano de 1961. Posteriormente, vários outros programas foram instituídos, não só na Enfermagem, mas também na Odontologia, na Farmácia, na Nutrição e na Fisioterapia. Esses programas são oferecidos inclusive com financiamento público, como ocorre nos estados de Pernambuco, Ceará, Rio de Janeiro, Maranhão, São Paulo e

outros (CNRMS, 2009; MEDEIROS, 2016).

Na segunda metade dos anos 1970, surgiram, no Brasil, as primeiras experiências de Formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde. Como Residência, especificamente, a primeira experiência de Residência em Medicina Comunitária foi em 1976, fato atribuído à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária São José do Murialdo, com proposta de formar profissionais em uma visão integrada de saúde, com vistas à configuração de um perfil humanista e crítico, com as competências para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2006b; CNRMS, 2009; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; ROSA; LOPES, 2010; CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011; HAUBRICH *et al.*, 2015).

Além da referida experiência, também são apontadas nesse período outras experiências em Saúde da Comunidade, em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde e em Saúde Mental, revelando, como destacam Ceccim, Kreutz e Mayer Jr (2011, p. 261), “a participação individual ou conveniada, tanto de Universidades como de Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, de Hospitais de ensino e de órgãos ligados ao SUS por várias vias”.

Sobre essas experiências, Ceccim (2010) destaca que

[...] teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locais e regionais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais –, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Consequentemente, a formação multiprofissional em serviço se colocaria como estratégia relevante para a conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir, com sua ação técnica, política e gerencial pelas mudanças necessárias na produção da saúde (p. 19).

No que concerne à Saúde da Família, podemos associar esses anseios de reorientação do modelo de atenção e de cuidado em saúde, com a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), apoiado no sucesso do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). O sistema vai se estruturando pela

APS, as prefeituras passaram a demandar um profissional com perfil adequado a esse novo campo, evidenciando-se ainda mais as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, com vistas a suprir as demandas da Saúde da Família, em 2002, foram criados 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde. Experiências de RMSF, entretanto, autofinanciadas, são anteriores a esse período e já enfatizavam e demonstravam a potencialidade dessa modalidade de formação em serviço como estratégia para a qualificação profissional no contexto da ESF, a exemplo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral e do Programa de Residência de Enfermagem e Medicina em Saúde da Família, da ESP/CE (2000-2006), entre outras (BRASIL, 2006b; DIAS *et al.*, 2015).

Torres (2015) argumenta que as mudanças instituídas no Governo Lula, com a reestruturação do MS e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, representaram um olhar diferenciado para a formação dos trabalhadores em saúde, como caminho prioritário para a mudança no modelo de atenção e gestão do SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi apresentada como estratégia de educação permanente com potencial para promover uma reorientação do modelo de atenção à saúde na Atenção Básica, com a ressignificação de saberes e práticas, tendo como premissa os princípios e diretrizes do SUS/Estratégia Saúde da Família (ESF), o estímulo e o fortalecimento do trabalho em equipes multidisciplinares, as trocas efetivas de saberes e práticas, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo biomédico hegemônico, médico-assistencial fragmentado, restritivo e biologicista (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; ROSA; LOPES, 2010), conseqüentemente, influenciando na produção do cuidado e na constituição de uma nova realidade socio sanitária para a população e territórios adscritos.

As Residências Multiprofissionais em Saúde, no entanto, tiveram sua

institucionalização em 2005, quando foi promulgada a Lei Nº 11.129, de 30 de junho, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), sendo inseridos parágrafos criando a Residência em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento foram disciplinados em ato conjunto dos ministros de Estado da Educação e da Saúde. No entanto, apesar de já delimitar a exceção da categoria média, essa lei utiliza a expressão ‘área profissional da saúde’ como área de intervenção em saúde e o apagamento e potencializa um apagamento do conceito de Residência Integrada (CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011; TORRES, 2015).

Em novembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, que “institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências”, porém sem definir as diretrizes e os critérios para esta criação. Esta portaria e a mudança de nomenclatura estão associadas com a mudança dos gestores no MS ocorrida meses antes, pois, segundo Ceccim, Kreutz e Mayer Jr (2011), a categoria médica buscava maior influência e negava a residência como modalidade formativa para as demais categorias profissionais da saúde e, espreada por diversos cenários de trabalho, mantinha-se autocentrada em seu objeto/cenários de práticas, desconsiderando todo processo histórico e as experiências envolvendo as Residências em Saúde.

Mencionadas inconsistências normativas só foram corrigidas com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que revogou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005, e estabeleceu definições, critérios e diretrizes sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (Uniprofissional), instituindo o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009a).

Esta portaria define que os programas de Residência constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde nela especificadas, sob a forma de curso de especialização

caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, em consonância com as residências médicas e em ambiente hospitalar e desconsiderando as experiências anteriores e as diversidades de cenários e as peculiaridades do contexto da APS, Saúde da Família, Saúde Mental e da Gestão.

A legislação determina ainda que as Residências sejam orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, baseadas nas necessidades e realidades locais e regionais, de maneira a contemplar uma variedade de eixos norteadores, que objetivam uma formação integral, articulada e integrativa na área da saúde, contextualizada e balizada pelo conceito de saúde ampliada; de educação permanente; do quadrilátero da formação; do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; da intersetorialidade; da pedagogia problematizadora; da interiorização do trabalho em saúde; de residência como espaço/estratégia de mudança dos modelos de gestão e atenção (CECCIM; FEUERWEKER, 2004; BRASIL, 2009a; CNRMS, 2009).

Outros marcos importantes são apontados a partir da legislação referente às Residências em Saúde. Em 2010 os Ministérios da Saúde e da Educação publicam a Portaria Interministerial nº 1.320, que normatiza a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. O documento reafirma a finalidade da CNRMS, qual seja, atuar na formulação e execução do controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde. Ainda em 2010 a CNRMS publicou uma resolução que orienta sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), que se configura como uma instância colegiada local, de caráter deliberativo, composta por membros docentes, discentes e gestores das instituições implicadas no desenvolvimento do programa. A instituição da COREMU definiu espaços para a tomada de decisão local e canais de comunicação com a CNRMS, assegurando maior legitimidade nos encaminhamentos e nas decisões relacionadas às residências multiprofissionais.

Nos anos seguintes a CNRMS publicou várias resoluções,

normatizando aspectos diversos da operacionalização dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde: duração e carga horária, transferência de profissionais, licenças, trancamentos, data de início de atividades, processos de supervisão, regulação e avaliação, dentre outros. Destacam-se a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, que apresenta as diretrizes gerais para o desenvolvimento de programas e a Resolução nº 5, de 23 de novembro de 2012, que institui o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS). Trata-se de um sistema acessível por meio da internet, que consiste em uma base de dados referente aos projetos pedagógicos, às instituições formadoras, ao corpo docente e aos residentes. O SisCNRMS pretende apoiar o processo nacional de avaliação, supervisão e regulação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde no país.

Mais recentemente, as residências multiprofissionais conquistaram outro importante avanço, no campo da certificação como residência e não como especialização. Durante anos, coletivos de residentes, de docentes e de coordenadores de programas envidaram esforços neste sentido. A ampliação deste debate e o fortalecimento da CNRMS foram caminhos fundamentais nesta conquista. Ainda assim, importa referir que a referida Comissão, apesar de sua importância e necessidade, enfrenta contradições e limitações, bem como interesses corporativistas e constante desafio de alinhamento com o MEC no processo de regulamentação, acompanhamento e avaliação das Residências em Saúde.

Em complementação, a CNRMS, em 2015, publicou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 51, que autoriza a convalidação dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005, ano em que foram instituídas as residências multiprofissionais em saúde.

No que tange às residências médicas, as reflexões voltam-se ao delineamento e ampliação dos programas, contemplando maior diversidade

de áreas de atuação. A legislação tem como marco inicial, em 1977, por meio do Decreto 80.281, a regulamentação das residências médicas e a criação da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Os desdobramentos e as publicações de normatização na área remetem à definição de especialidades médicas credenciáveis como Programa de Residência Médica, às orientações para estruturação de Programas, às regras para funcionamento da CNRM, ao acompanhamento, avaliações e controle de Programas, dentre outros.

Em 1982 a CNRM orienta sobre as Comissões de Residências Médicas (COREME) e a Comissão Estadual de Residências Médicas (CEREM), indicando composição e atribuições básicas, além de instruções sobre o seu funcionamento. São instâncias colegiadas que atuam na execução dos Programas e na interlocução com a CNRM, representando instâncias auxiliares desta.

Nos anos subsequentes, a legislação referente às residências médicas cuida da normatização de aspectos como as atividades que os residentes devem desenvolver, requisitos mínimos dos programas, credenciamento de programas, processo seletivo de médicos residentes, certificação, serviços de preceptor/tutor. Destacam-se a busca pela organização da oferta e desenvolvimento de programas, garantindo-se três esferas de instâncias colegiadas (COREME, CEREM e COREME) e a manutenção do Sistema Nacional de Residências Médicas (SisCNRM), que serviu como parâmetro para a instituição do SisCNRMS e com que guarda semelhanças no tocante às informações armazenadas.

Embora as residências em saúde sejam ancoradas em um importante marco regulatório, um grande desafio que se apresenta refere-se à operacionalização das normas estabelecidas, sobretudo no que concerne ao acompanhamento e avaliação in loco dos Programas. Se por um lado a ampliação destes possibilita o alcance de um maior número de profissionais, potencializando a formação e, por conseguinte, a melhoria das práticas em saúde, por outro lado, o aumento do número de programas torna maior o desafio do acompanhamento pedagógico e da sua necessária avaliação. Refere-se aqui à dimensão propositiva da avaliação, que pode (e deve) contribuir para

a qualificação dos Programas de Residência, sejam médica multiprofissional ou em área profissional da saúde.

Considerando todas as experiências envolvendo as Residências em Saúde (Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde) dos programas que antecedem a institucionalização governamental, Ceccim, Kreutz e Mayer Jr (2011, p. 261) asseveram que “uma regulamentação teria muito mais a aprender que propor originalmente; teria que ouvir, mais que fazer silenciar”. Nesse sentido, Torres (2015) destaca que, anterior ao processo de regulamentação das Residências em Saúde, já havia intenso diálogo com movimentos instituintes, que, mesmo de modo incipiente, congregavam residentes, coordenadores e preceptores/tutores em torno da discussão de uma política pública de formação em saúde, particularmente no contexto das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

POLISSEMIA NAS RESIDÊNCIAS

A proposta das residências em saúde nasce no interior da formação médica, sendo por muito tempo uma singularidade desta profissão. Entretanto, pouco a pouco tensionamentos de outras categorias da saúde vão erodindo o monopólio da medicina sobre esta modalidade formativa. Observam-se mais consensos do que dissensos acerca da efetividade pedagógica das residências.

Disso decorre o fenômeno da expansão, em proporções quase geométricas, do desenvolvimento de modalidades formativas em caráter de residências. Observa-se a oferta do modelo de residências em área profissional e multiprofissional, contemplando diversos cursos reconhecidos como da área da saúde. Há residências em diferentes níveis de atenção, desde as que ocorrem no interior de complexos sistemas hospitalares até as que são ofertadas nos também complexos sistemas sociais, como, por exemplo, as residências multiprofissionais em saúde da família e as de medicina em saúde da família e comunidade.

Esse ambiente de complexidades, diversidades e polissemias desencadeia experiências muito diversas no campo da formação em saúde,

que geram múltiplas interpretações, sentimentos, bem como uma gama variada e consistente de competências nos sujeitos que participam da vivência educativa proporcionada no campo das residências em saúde. O que se está a declarar aqui é o reconhecimento da potência educativa que o modelo formativo proposto pelas residências em saúde tende a agregar para os sujeitos aprendentes engajados nesta experiência, incluindo-se não somente os residentes, mas também tutores, preceptores, supervisores, coordenadores de programas e todo um conjunto de profissionais que direta e indiretamente impactam e são impactados por programas com a natureza das residências em saúde.

Portanto, é necessário considerar essa realidade diversa e até contraditória, na construção do arcabouço normativo e nos marcos teóricos quando nos ferimos aos programas de residências em saúde. Tais cuidados, contudo, nem sempre são contemplados. Verifica-se, por exemplo, uma celeuma de termos para designar as Residências em Saúde atrelada ao jogo de interesses e de disputas corporativas, isso só para dá visibilidade à dificuldade de unidade no campo das residências em saúde (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009; DALLEGRAVE; 2013; CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011; TORRES, 2015).

Sobre a institucionalização das Residências em Saúde, Dallegrave (2013, p. 140) pondera que

[...] as Residências Multiprofissionais foram possíveis, em um primeiro momento, a partir da ideia de que o trabalho em saúde ensina, que ele emite signos que funcionam para ativar modos de aprender e cuidar; em um segundo momento, devido a condições políticas que deixavam esse tipo de Residência fragilizada, houve a necessidade da institucionalização e esta institucionalidade seguiu os moldes da Residência Médica; o terceiro deslocamento foi a latência até 2009; o quarto momento, aquele que está acontecendo desde a instituição da Portaria 1.077/2009, vem escolarizando as Residências em Saúde e também recheando-as de verdades provenientes dos regimentos centrais (burocráticos, formais, antecedentes ao cotidiano).

Na perspectiva de Ceccim, Kreutz e Mayer Jr (2011), a normatização

ênfatiza que as Residências em Área Profissional da Saúde são programas de pós-graduação na modalidade de ensino-aprendizagem em serviço, sob supervisão docente-assistencial de profissionais de saúde. Além disso, “a Residência Médica é destinada a médicos e a Residência em Área Profissional é destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuado a categoria médica” (p. 258).

Ainda consoante esses autores, a definição Residência Integrada em Saúde (RIS) era marcada por uma concepção de interpenetração de Ciências Biológicas com as Ciências Sociais e as Humanidades; de educação e trabalho; de trabalho educativo pela cidadania; de trabalho multiprofissional pela prática interdisciplinar; de especialização médica e aperfeiçoamento profissional em saúde; de especialização e necessidades sociais e, em especial, da formação em saúde pelo Sistema Único de Saúde.

Para eles, no arcabouço legal, houve um apagamento deliberado da perspectiva integrada, associado a grupos no governo movidos por interesses corporativistas, “um embaraçamento de fios em meio à tessitura não concluída. Embaraços provocados por ruídos e vozes corporativas ou de baixa tenacidade com fios que tecem as necessidades contemporâneas na saúde” (p. 259).

Mais do que retórica e jogo de palavras, a predileção por uma nomenclatura na institucionalização das Residências em Saúde (Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde) sugere a descontinuidade de uma política e do modo de conceber e organizar processos formativos orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e voltados para a reorientação dos modelos de ensino, que superassem o corporativismo excludente e mercantilista, e do agir na saúde, na perspectiva do cuidado integral, do trabalho em equipe e do compartilhamento de saberes e fazeres (CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011; DALLEGRAVE, 2013; TORRES, 2015).

Sobre a celeuma de terminologias no contexto das residências, reiteramos a proposta de Dallegrave (2013) para a criação do descritor “Residências em Saúde” como

[...] a formação pelo trabalho que se dá nos serviços de saúde,

realizada por profissionais já formados e denominados profissionais de saúde residentes, com supervisão de outros profissionais (denominados preceptores ou tutores ou outro) de modo a constituir formulações sobre as situações de cuidado e construção de maneiras de cuidar a partir delas (p. 138, grifo nosso).

Tomando por referência essa proposição, procedemos a algumas reflexões sobre a polissemia e a polifonia, no sentido baktiniano², que carrega a expressão Residências em Saúde. São reflexões que nos acompanham e que temos embebido nos espaços e tempos, nas travessias e atravessamentos no contexto das residências em saúde, dos encontros nacionais e locais e das vivências nesse contexto.

Além da criação de um descritor abrangente, que agrupe todos os possíveis modelos de residências em saúde, empreende-se compreender a formação nesse contexto como o processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho na área da saúde, realizada por “profissionais já formados e denominados residentes”, não necessariamente restrito às categorias profissionais da saúde, normativamente definidas, possibilitando a inclusão de outros profissionais, de acordo com as necessidades de cada área de concentração³ e cenário de aprendizagem. Residências em Saúde são espaço-tempo e não lugar de constituição de sujeitos da práxis.

Com a devida “supervisão de outros profissionais (denominados preceptores ou tutores ou outro)”, deixando evidente que a formação no contexto de residência prescinde de supervisão profissional, não se concebe formação pelo trabalho sem um profissional devidamente qualificado para estar no papel de facilitador da articulação/reflexão teoria-prática, para que o profissional em formação seja estimulado a refletir sobre o seu saber-fazer

2 A polifonia tem como principal propriedade a diversidade de vozes controversas no interior de um texto. Conforme a tese do linguista russo Mikhail Bakhtin, este conceito se caracteriza pela existência de outras obras na organização interna de um discurso, as quais certamente lhe concederam antecipadamente boas doses de ascendência e ideias iluminadas.

3 Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 - Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Art. 4º, § 1º Entende-se como área de concentração um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS.

na perspectiva de ressignificação de saberes e práticas e de transformação social, e não a mera reprodução dos fazeres instituídos; preferencialmente, um supervisor que tenha passado pelo processo formativo que está facilitando, porém essa não é uma condição *sine qua non* para definir esse profissional, pois este precisa estar aberto a compartilhar saberes e poderes, disposto a ensinar, mas também a aprender, cotidianamente, consciente do ser inacabado e em constante transformação e condicionado por um modo de ser e agir sócio-histórico e culturalmente constituído.

Residências em Saúde designam formação pelo trabalho na área da saúde, independentemente da categoria profissional, ou seja, independentemente se Residência Médica, Multiprofissional, Uniprofissional, em Área da Saúde ou Integrada em Saúde. Isto leva à discussão do porquê da segregação entre as categorias profissionais e a necessidade de institucionalização de uma Política Nacional de Residências em Saúde que priorize as necessidades de saúde da população, sem privilegiar determinada categoria em detrimento das demais, reforçando um modo de agir na saúde individualizado, fragmentado e especializado, desconsiderando a concepção ampliada de saúde e da gestão do cuidado compartilhado e integral.

Saúde deve ser compreendida como direito de cidadania e necessidade social, diferentemente da afirmação contraditória de que as Residências em Saúde sejam orientadas pelas necessidades do mercado⁴ ou que visem a “favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS” (CNRMS, 2012, s/p).

Campos (2015) argumenta que confundir necessidades sociais, decorrentes de complexos processos dependentes da dinâmica econômica, social e política, com necessidades de consumo de bens ou serviços, é

4 Durante o VI Encontro Nacional de Residências em Saúde, realizado em julho de 2016, em Curitiba-PR, numa mesa em que se debatia sobre o papel das Instituições de Ensino Superior na formação no contexto das Residências em Saúde, uma das debatedoras enfatizou que as Residências deviam ser orientadas pelas necessidades do mercado. Ao ser questionada sobre a incongruência entre formação orientada pelas necessidades da saúde pública (SUS) e do mercado, foi enfática na afirmação de que programas precisavam se adaptar e atender as necessidades do mercado. Acredita-se que ela não soube se expressar, mas é nesse tipo de discurso que a mercantilização ganha espaço.

[...] uma manobra ideológica que interessa ao mercado e às instituições que administram práticas sociais; uma manobra voltada para manipular a maioria, uma vez que tenta transformar um meio em um fim. [...]. Confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso (p. 49).

Essas discussões carecem de aprofundamento e de embasamento que não cabem aqui, mas que dão um vislumbre que mais do que retórica ou confusão semântica, como enfatizam Dallegrave e Kruse (2009, p.222), nessa polissemia “está em jogo a disputa por modalidades pedagógicas”, e modos de agir na saúde, do corporativismo pela reserva de mercado, de poder socioeconômico e cultural de uma categoria profissional sobre as demais e sobre os modos de ser e levar a vida. No dizer das autoras,

São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na divergência, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas no olho do furacão, outras na ilha da fantasia (p. 222).

Concluimos, a partir da reflexão aqui empreendida, que os programas de residências em saúde no geral não estão imunes às pressões e filiações de muitas ordens, sejam as normativas, políticas, econômicas, ideológicas, as questões culturais enfim, a uma determinada visão de mundo, de Estado, de sociedade e de homem, as quais acabam interferindo na concepção e na dinâmica de funcionamento pedagógico dos programas. Por outro lado, reconhecemos o quanto as residências têm conseguido contribuir na formação dos profissionais que têm a oportunidade de vivenciar esta significativa experiência que integra trabalho e educação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12.

BRASIL. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em 08 jul 2019.

BRASIL. Gabinete da Presidência. **Lei 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 03 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192>. Acesso em 05 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009b**. Dispõe sobre a

Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 05 jul 2019.

BRASIL. **Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 10 jul 2019.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - O método da roda.** 5. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2015b.

CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org). **Tratado de Saúde coletiva.** 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 137-170.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: rev de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B; KREUTZ, J.A; MAYER JR, M. Das Residências integradas às Residências Multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A.G. M (org.). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. p. 257-292.

CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS (prefácio). In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F; PASINI, V.L. (org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Exercício 2007/2009. Brasília, 2009.

DALLEGRAVE, D; CECCIM, R.B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 759-776, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jul 2019.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas**. 2013. 161 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação.

DALLEGRAVE, D; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface/Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.213-37, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf>>. Acesso em: 09 jul 2019.

DIAS, M.S.A *et al.* Apresentação. In: DIAS, M.S.A *et al.* (org.). **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família** [recurso eletrônico]. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: < <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/tecnologias-leves-em-saude-epub>>. Acesso em: 09 jul 2019.

FERREIRA, S.R; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F; PASINI, V.L. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

HAUBRICH, P.L.G *et al.* Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Rev. Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em 05 jul 2019.

MEDEIROS, R.H.A. **Residência integrada em cenas: ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 287 p.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009>. Acesso em 01 jul 2019.

PAGLIOSA, F.L; DAROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

RIBEIRO, M.A.A. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Brasília, 2011. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_123.pdf>. Acesso em: 01 jul 2019.

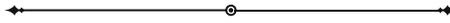
ROSA, S.D; LOPES, R.E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, 2010.

SANT'ANNA, S.R; HENNINGTON, E.A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

TORRES, O.M. **O “Teatro Mágico” das Residências em Saúde no Brasil:**

caminhos de uma política pública. São Paulo, 2015, 278f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL: Aspectos Teórico-Práticos das Residências em Saúde



Ricardo Burg Ceccim

INTRODUÇÃO

As residências em saúde se constituem o ideário da formação em serviço para egressos dos cursos de graduação do campo sanitário. Não há uma unidade de termos para definir o que compete ao “campo sanitário”. Seguindo o histórico da criação da Organização Mundial da Saúde, deveríamos falar da interface entre saúde biológica, psicológica e social, tendo sido formulada a terminologia “biopsicossocial” (WHO, 1946). Seguindo o projeto de promoção da saúde do Canadá, o campo da saúde deve contemplar o conceito de bem-estar, abarcando biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1974). Para a iniciativa norte-americana Saúde Mundial por meio da Cooperação, deveríamos falar em saúde humana, saúde animal e saúde ambiental de forma integrada, tendo sido formulado o conceito de Saúde Única/One Health (AVMA, 2008). Para os termos do Sistema Único de Saúde, o campo abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo em vista a redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal às suas ações e serviços, devendo traduzir-se em Atenção Integral (CF, 1988).

As residências, sendo formação em serviço, devem atender ao mundo das práticas, por isso é difícil recortar cada profissão em um fazer corporativo-centrado. Um outro aspecto das residências em saúde é o estatuto do conceito de “área profissional”, não de “especialidade profissional”. O conceito de “área profissional” não exclui o de “especialidade profissional”, mas não se limita a ele. Diferentemente de uma tradição na residência médica, exclusiva para graduados em medicina e organizada segundo as especialidades médicas reconhecidas pela pactuação entre Conselho Federal de Medicina,

Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Educação Médica, as residências em área profissional da saúde se organizam por áreas da intervenção assistencial ou gerencial e acompanham o desenho das políticas nacionais de saúde, sem excluir a condição de especialidade similar àquela da corporação médica. Assim, podemos ter residências em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Urgência e Emergência ou Apoio Diagnóstico e Terapêutico em Atenção Hospitalar, entre tantas outras, como também em Fisioterapia em Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica, Assistência Farmacêutica e Nutrição Hospitalar, entre outras. Sempre que a condição da residência é em área de intervenção e não em especialidade, supõe-se sua oferta em caráter multiprofissional, de modo que se possa abranger aspectos da intervenção biopsicossocial em saúde e bem-estar, em saúde única ou em integralidade da atenção.

Para a noção de área profissional, é preciso pensar em equipe multiprofissional, pois a intervenção nas áreas conta com conhecimentos e práticas provenientes de diferentes profissões. A área de Saúde da Mulher pode enfocar anticoncepção, pré-natal, parto e puerpério, um recorte à saúde reprodutiva da mulher, para onde convergem saberes em gineco-obstetrícia, sexualidade, direitos da maternidade, feminismo, maternagem, fisiologia da lactação, apego e vínculo, preparação física para o parto, alimentação da gestante e da lactante, etc., além das condições de uma gestação de risco, após histórias de abuso sexual e violência doméstica, abortamentos prévios, mãe com deficiência física ou intelectual, mulheres do campo ou da floresta e por aí vai uma variedade de condições reais possíveis, donde fica evidente a necessidade não apenas de conhecimentos interdisciplinares, mas a necessidade de múltiplas competências de intervenção.

É desde o mundo das práticas profissionalizadas que a colaboração interprofissional ganha territorialidade. Não são suficientes saberes interdisciplinares, mas competências interprofissionais ao coletivo de profissões que habitam as cenas do cuidado. Note-se a não referência ao trabalho em equipe, uma outra e distinta referência. Se as práticas podem ser profissionalizadas para fins de regulação técnica do trabalho, dimensionamento de pessoal, proteção do acesso seguro da população aos saberes científicos

do diagnóstico, cuidado e tratamento, a prestação profissional de cobertura assistencial não pode ser tão facilmente recortada, sob pena de submeter um processo fisiológico de engravidar e parir, por exemplo, aos extremos da tecnicização, ordenando uma bateria de consultas e procedimentos fragmentados e de forte risco de abandono ou desqualificação. Em outro exemplo contundente, podemos colocar a criança com câncer, seu medo da morte, seu afastamento da escola, os diversos efeitos do tratamento sobre a estética corporal e as reações gastroentéricas aos medicamentos. Não será possível submeter tal criança/adolescente em sofrimento à peregrinação por atendimentos parcializados. É diante dessas condições, entre tantas, que o aprendizado e desenvolvimento das práticas interprofissionais são irrefutáveis. Tudo aquilo que puder ser feito por um mesmo profissional e em um mesmo tempo e lugar é desejável. Cabe às equipes aprenderem e trocarem informação entre si, mas a cada profissional das equipes multiprofissionais a aptidão interprofissional. Como se chega a isso é – ou dever ser – uma competência da educação em residências no campo da saúde.

A colaboração interprofissional vai colocar em cena a prática interprofissional. Para tal, a educação interprofissional. Em ato educado e praticado emergirá a interprofissionalidade, como imanência de novidade permanente ou restauração da unidade da ciência, antes de profissionalizada, tecnicizada e fragmentada em saberes altamente especializados. A colaboração interprofissional, amadurecida na evolução das teorias sobre o trabalho em equipe na saúde, levou à Educação Interprofissional: se vamos trabalhar juntos, vamos aprender juntos (SOARES, 2015). Os saberes que interessam a uma profissão, interessam a outras, quando aprendemos juntos, descobrimos os caminhos do pensamento uns dos outros e aperfeiçoamos os nossos. A Educação Interprofissional amadureceu o respeito e incentivou, de modo seguro, a Prática Interprofissional. A pragmática dos aprendizados interprofissionais e a pragmática das práticas interprofissionais recolocam a atenção à realidade (mais sagaz, mais perspicaz, mais compreensiva), recolocam os desafios da clínica (orientar-se pelo outro, dobrar-se às suas necessidades e demandas) e ameaçam as fronteiras pré-definidas, emerge a interprofissionalidade como território inédito e viável (CECCIM, 2018).

A EQUIPE SEM TANTAS FRONTEIRAS

Quando as residências em área profissional em saúde foram criadas em lei, também se falava em residências integradas, residências multiprofissionais, residências em equipe. Havia uma expectativa de valorização de muitas experiências prévias, especialmente provenientes da saúde comunitária, em que se pensava a saúde em territórios de vida e não sob especialidades clínicas; da saúde mental, em que se pensava a intersectorialidade em situações de construção e reconstrução de projetos de apoio social; da saúde coletiva, em que se pensava saúde das populações com seus aspectos sociais e políticos (CECCIM; KREUTZ; MAYER Jr., 2011). Havia também uma história nacional, iniciada pelo movimento de mulheres com a noção de assistência integral em saúde da mulher, que formulava as políticas de intervenção em saúde como atenção integral em cada ciclo da vida ou especificidades da vida: atenção integral em saúde da criança e do adolescente, atenção integral em saúde do adulto, atenção integral em saúde do idoso, atenção integral em saúde mental, atenção integral em saúde bucal e atenção integral em saúde do trabalhador, por exemplo.

A compreensão da integralidade nos estudos em saúde coletiva colocou em cena a luta pela atenção integral em todas as ações programáticas e estratégicas. Desde a Constituição Federal de 1988, vieram a Saúde como Defesa da Vida, a linguagem das redes integradas de atenção, as linhas do cuidado em rede, as equipes de referência com apoio matricial especializado, as tecnologias leves/leve-duras/duras, a gestão da clínica, a equipe-integração e os coletivos organizados de produção da saúde, por exemplo, concepções que supunham – e supõem – a interprofissionalidade. As residências integradas nasceram com base nesses estudos e supunham suas práticas formativas com essas referências. A Lei 11.129/2005 foi pensada com esse escopo, por isso residências em área profissional da saúde e uma instância de gestão única, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (ou Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde). Como se pode depreender, a interprofissionalidade não aparecia como critério, mas como suposto. Toda a linguagem de sua regulamentação é desdobramento desse

suposto. Como as instituições proponentes e o corpo docente nem sempre foram ou estão apropriados dessa base, as margens para contradição são inúmeras. É nessa condição que um referencial epistemológico à Educação Interprofissional e à Prática Interprofissional ganha estatuto de novidade e necessidade.

As residências em saúde, por si só, não expressam conteúdo de educação interprofissional quando uniprofissionais. Para ocorrer *interprofissionalidade* é preciso mais de uma profissão (duas ou múltiplas) em *inter-relação, interação, intercruzamento*. Para a residência ser multiprofissional, por normativa nacional, precisa o mínimo de 3 profissões. Para desenvolver competências interprofissionais são necessárias práticas interprofissionais de provimento das intervenções clínicas. Uma das estratégias singulares às residências para colocar em cena a educação interprofissional e a prática interprofissional é a preceptoria e tutoria multiprofissional. Espera-se que cada profissional residente tenha por referência pelo menos um profissional preceptor de sua mesma profissão, mas a normativa é muito clara quanto a não obrigatoriedade de tutor de campo e de núcleo quando prescreve “preferencialmente”. Deixa claro que mesmo o preceptor de núcleo não precisa ser da mesma profissão em diversas circunstâncias.

É preciso entender que a regulamentação das residências em saúde usa da linguagem de “campo e núcleo”, acolhendo uma noção de campo comum de exercício das profissões em saúde e uma noção de núcleo de exercício em especificidades por profissão. A Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, afirma que a formação deve se dar segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do Sistema Único de Saúde; deve contemplar as prioridades locorregionais de saúde; deve utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos de gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; deve fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão dos

sistemas de saúde. Quanto à tutoria, a Resolução afirma que esta deve se dar preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, não afirma a necessidade de oferta dos dois tipos de tutoria. A tutoria de campo deve integrar os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. Preceptor de mesma categoria profissional não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras.

A Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência em área profissional da saúde, define a necessidade de temas obrigatórios na Residência que são, todos, dirigidos ao conjunto de residentes e de programas. Assim, mesmo que uma residência seja uniprofissional, deve proporcionar um tanto de formação que não seja específico das categorias profissionais, mas interprofissional: bioética, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e Sistema Único de Saúde. Esta Resolução foi aquela que inovou em distribuição da carga horária: de teórica e prática para teórica, prática e teórico-prática, passando a definir claramente as três modalidades, sendo as três obrigatórias. A divisão clássica entre 20% teórica e 80% prática ficou alterada para 20% teórica e 80% entre teórico-prática e prática (podendo-se pensar na replicação: 20% teórico-prática e 80% prático-aplicativa). A designação “teórico-prática” tem definição específica a esta resolução, correspondendo a todos os cenários de prática que não se esgotam em intervenção clínica (reuniões de linha do cuidado, reuniões intergestores, reuniões interprogramas, reuniões do controle social, circulação na rede intersetrorial, etc.) ou gerencial, quando residências em gestão dos sistemas e serviços de saúde. Nota-se a evidência de expectativa à interprofissionalidade. As estratégias educacionais teórico-práticas envolvem “simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial”.

A regulação das residências em saúde refere componentes curriculares transversais, componentes curriculares comuns, componentes curriculares específicos; fala em área profissional, área temática, área de concentração e área de especialidade; cita as noções de campo e núcleo; defende a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Esse conjunto de pontos de sustentação não apenas joga em favor do trabalho em equipe, é uma tradução da perspectiva da colaboração interprofissional, tendo em vista a segurança do paciente e a saúde do trabalhador da saúde.

A VALORIZAÇÃO DO CARÁTER MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR

É critério de avaliação em programas de residência em saúde a valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho no campo sanitário; a organização de currículos integrados, a desfragmentação dos núcleos profissionais, a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. A Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde, assume a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade como estruturantes. Residências uniprofissionais devem se ater às especialidades regulamentadas em que a modalidade residência se justifique. A própria oferta de residência em especialidade deve se ater a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. É muito importante compreender as principais críticas feitas às residências médicas e que justificaram criar uma comissão multiprofissional e não por profissões: as especialidades médicas atendiam a interesse da corporação e não do Sistema Único de Saúde, atendiam à profissão e não à interprofissionalidade, atendiam às instituições proponentes e não às necessidades sociais em saúde, atendiam às especialidades independentemente das demandas dos serviços prioritários à política nacional de saúde e aos desafios de transformação dos modelos de atenção. Mesmo as Câmaras Técnicas que foram criadas junto à Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde não se organizaram por profissão. Uma dessas Câmaras responde pela Saúde Animal e Ambiental em que pese não reconhecer o conjunto de profissões atinentes a tal espectro,

mas faz com que a Comissão se coadune com os paradigmas de saúde anunciados ao início do presente documento.

Na base da colaboração interprofissional nas residências em saúde, estão as tarefas exigidas para a configuração do trabalho multiprofissional (quanto à composição das equipes assistenciais) e interdisciplinar (quanto aos saberes requeridos para dar conta da composição entre saberes biológicos, psicológicos e sociais, entre saberes de saúde humana, animal e ambiental, entre saberes de saúde das populações, epidemiológicos e de ciências sociais e humanas na saúde, assim como saberes de sistema de saúde e territórios de vida). A exigência e consequente disponibilidade de saberes interdisciplinares fazem com que se ampliem as frentes de interface à atuação sociopolítica e à intervenção clínica dos profissionais que integram as equipes de saúde. Essa ampliação interfere nos modelos de prática das profissões, qualificando-os, redimensionando-os e elevando os padrões de segurança do paciente. Saberes e práticas modificados transformam pessoas, os saberes não existem de modo externo às pessoas ou serão apenas erudição sem transposição ao ser e fazer; as práticas também não são apenas técnicas prescritas e reguladas, são práticas de si, de encontro, de troca, de interação, de escuta e de recolhimento de afetos. Se saberes e práticas mudam as operações de trabalho, de equipe, de cuidado e de tratamento, mudam os afetos do trabalho, mudam as situações de equipe e mudam as próprias condições de possibilidade à emergência de novas configurações do trabalho. É aí que entra a palavra ou o segredo da palavra “interprofissionalidade” (diverso de Educação Interprofissional e Prática Interprofissional).

A defesa da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade contribui com o incentivo aos compartilhamentos e às colaborações. Os limites ao compartilhamento de saberes não são muito grandes, mas são grandes os limites à colaboração interprofissional. Ajudar em conhecimentos é diferente de compartilhar ações. A colaboração interprofissional exige confiança mútua. Precisa que aqueles que compartilham se respeitem e se vejam em mútua competência. São limitadores, conforme Scherer, Pires e Jean (2013, p. 3209), “a fragilidade do núcleo de competência profissional, a não valorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, timidez, imaturidade, medo

de errar, disputas de poder, desconhecimento de como trabalhar de forma interdisciplinar e limitações da formação na graduação”.

O contexto político-institucional influencia em muito a colaboração interprofissional. Quando a lei foi publicada, o contexto era de defesa da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, falava-se em cadeia do cuidado progressivo à saúde, em tecnologias leves e da base em territórios de saúde e da vida. Quando o Ministério da Educação incentivou os Hospitais Universitários a adotarem programas de residências, as designou “integradas multiprofissionais”. O Decreto 7.508, do ano de 2011, trouxe Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Contudo, o contexto inclui ainda a cultura institucional (que “não muda por normativa”), as lógicas organizacionais e as estratégias de gestão dos serviços. De outra parte, os projetos pedagógicos de residências ou a materialidade pedagógica das preceptorias e tutorias arrastam elementos de organização educativa, curricularização, percursos de aprendizagem e itinerários formativos que ora convergem, ora verdadeiramente combatem as condições de possibilidade à interprofissionalidade (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018).

O que se verifica na realidade é que proposições avançadas ou retrógradas podem estar em leis, decretos e normativas, provenientes do setor da saúde ou da própria regulamentação das residências em saúde, podem estar na realidade e condução dos sistemas e dos serviços de saúde, podem estar na realidade e condução dos programas de ensino das instituições formadoras (as proponentes de programas de residência) e podem estar nos corpos e mentes dos agentes envolvidos, inclusive os próprios profissionais residentes.

POR QUE A PERSPECTIVA DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A ideia de uma ação intercruzada entre duas ou mais profissões na intervenção ou na formação introduziu o termo “interprofissional” como

distinto de “multiprofissional” (a presença de duas ou mais profissionais nas cenas de intervenção ou de formação) e distinto de interdisciplinar (relativo aos saberes de uma ou de cada profissão para compor a qualidade de cada exercício profissional, atuando-se em conjunto ou separadamente de outro ou outros profissional/profissionais). Outro termo é a “interprofissionalidade”, que é uma resultante dos intercruzamentos interprofissionais (ELLERY, 2018). Assim, temos a Educação Interprofissional, em que não é o bastante que dois ou mais profissionais estejam na mesma cena formativa ou sala de aula. Há necessidade de que esta formação proporcione – e mesmo requeira – que profissionais de duas ou mais profissões aprendem *um com o outro, a partir do outro e sobre o outro* para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado (BARR, 2005).

Para a Prática Interprofissional, igualmente, não basta simplesmente trabalhar junto um profissional com outro ou outros e se apoiarem mutuamente, esta é a condição do coleguismo ou do trabalho em equipe. Uma prática será interprofissional se, ao ser exercida por um profissional, este não se aferra a prescrições corporativas prévias específicas de sua profissão, antes se reconhece submetido aos saberes de equipe usados por diferentes profissionais no curso de suas intervenções, se reconhece sob o matriciamento de conhecimentos e práticas em trabalho protegido (CECCIM, 2004), se reconhece em regime de colaboração por pares. A interprofissionalidade surge quando da colaboração interprofissional emerge “algo a mais que não existia antes” (OMS, 2010, p. 36).

Para haver colaboração interprofissional deve haver, conforme Barr e Low (2013, p. 20-21), a valorização igualitária de todas as profissões, reconhecendo-se – mas deixando de lado – as diferenças de poder e *status* entre as categorias; o sustento à individualidade, à singularidade e à diversidade – entre e dentre – as profissões; o respeito à identidade e à especificidade de cada profissão e cada profissional; a promoção de paridade entre as profissões no ambiente de trabalho, de aprendizagem profissional e de formação interprofissional; a introdução e o incentivo aos valores e perspectivas interprofissionais no contexto do trabalho e da formação. Então, as residências em saúde, em particular as multiprofissionais, colocam em

perspectiva a colaboração interprofissional, *constituindo margem de possível* à instauração da interprofissionalidade. Com isso, fica clara a existência de termos vizinhos, porém diversos, como Educação Interprofissional, Prática Interprofissional, Colaboração Interprofissional e Interprofissionalidade.

Emerson Merhy (1998) apresentou, em sua teoria sobre as práticas cuidadoras, o esforço de fazer compreender que “todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica; que “os usuários desejam um trabalho clínico centrado neles”; que “o trabalho médico é um poderoso arsenal de práticas clínicas a serviço dos usuários, comprometido com modalidades de assistência leve-dependentes”, por conseguinte “dependente de uma clínica mais profunda e rica”; que “é possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, na criação de mudanças na política, organização e processos de trabalho”. O autor informa os núcleos de conhecimentos e práticas, não como profissões, as profissões se colocam em meio aos núcleos específicos por problemas e núcleos das atividades cuidadoras de saúde, de modo que as profissões são demandadas em meio ao processo cuidador e não como eixos do tipo um núcleo de problema igual a um núcleo de profissão. O direito ao cuidado, da parte dos usuários, é que determina que as equipes de organizem, se revisem, se desdenhem e redesenhem. É sempre no entre de uma ação gestora e uma ação clínica que a prática cuidadora, portanto interprofissional, se instaura.

A EDUCAÇÃO NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE COMO EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A Educação Interprofissional está pautada em um processo permanente de aprendizado com participação ativa dos profissionais, processo de formação como experiência tanto crítico-reflexiva como ético-expressiva, troca de conhecimentos, inclusão dos usuários dos serviços no processo de ensino-aprendizagem, interrogação dos processos em redes de atenção e dos processos de gestão. O contexto em que se mesclam diversos saberes deveriam permitir compreender o cotidiano das pessoas e grupos em busca por saúde,

não apenas suas doenças ou adoecimentos. No cotidiano, atender e aprender estão em intersecção, o terreno do trabalho em saúde é de convivência multiprofissional e interdisciplinar.

Nas residências em saúde, a preceptoria deveria cumprir prioritariamente o papel de facilitador, mobilizando o diálogo pedagógico entre os residentes e desses com os usuários, conforme as situações vivas ou a oferecer, seja quanto à intervenção clínica, seja quanto à compreensão do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE, 2017). O preceptor é parte do diálogo, não é um prescritor sábio das práticas, é um parceiro que pertence ao local de trabalho e favorece redes de troca, insere seus colegas de trabalho no encontro pedagógico, reúne os residentes em conversa, traz suas vivências de sucesso e as suas frustrações, precisa ouvir de maneira inteligente (saber agenciar) relatos e manifestações, constituindo a todo tempo uma ambiência de redes de conversação onde a aprendizagem interprofissional e as práticas colaborativas estejam em evidência como condição interprofissional (SOARES, 2015; MIRANDA, 2015; MEDEIROS, 2018). Tudo isso deve ser independente da relação uniprofissional preceptor-residente, cujo papel é aplicado e parcial ao conjunto dos aprendizados e apropriações à colaboração interprofissional. É muito importante que a equipe toda dos cenários de residência e todos os docentes em residências se relacionem com a colaboração interprofissional, acolhendo práticas interprofissionais e incentivando a educação interprofissional (NASCIMENTO, 2016; CASANOVA, 2016). A rejeição à colaboração interprofissional representará oposição à sua presentificação na formação, no trabalho e na gestão da educação e dos sistemas de saúde.

Na contraparte do corpo docente-assistencial, dos gestores e dos serviços, estão os próprios residentes, a que muitas vezes se toma como obviamente identificados com a colaboração interprofissional, até porque estão em formação, especialmente em um modelo que se faz em serviço e que supõe trabalho em equipe. Não necessariamente, contudo, o egresso jovem ou maduro de uma graduação em saúde está de acordo com as práticas interprofissionais, supõe a colaboração no mesmo estatuto da atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar, mas não em índices de interprofissionalidade. Os estereótipos, os valores conservadores e a

fragmentação do trabalho em corporações não estão superados nos imaginários e nas concepções de trabalho daqueles que se formaram e atuam em saúde.

A Educação Interprofissional tem registro no desenvolvimento de trabalhadores para os serviços sociais e de saúde em atendimento de crianças vítimas de violência, casos de saúde mental, pessoas com deficiência, doenças crônicas e populações institucionalizadas, chegando à fórmula do aprender juntos para trabalhar juntos, tendo em vista a melhor atenção às pessoas e populações sob cuidado profissional (CECCIM, 2018). São admitidas várias formas de educação interprofissional: ao longo da graduação, com oportunidades de aprendizado intercursos na formação básica; na extensão universitária, em projetos colaborativos e mediante atividades de ensino integradoras; na educação continuada, mediante treinamentos, capacitações e atualizações oferecidas às equipes multiprofissionais ou a grupos de profissionais por setor ou âmbito de trabalho; na educação permanente em saúde, segundo a construção de aprendizados embasados no trabalho, tendo em vista mudança efetiva no sentido de melhorar os serviços e as redes, mas nenhuma é mais potente ou contundente que as residências integradas em saúde, cujos escopos envolvem oferta e matrícula multiprofissional.

PERTINÊNCIA DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Quanto à pertinência da colaboração interprofissional nos ambientes de formação por meio de residências em saúde, encontra-se literatura nacional proveniente de diversos formatos de pesquisa de pós-graduação, a partir de 2015, tais como: monografia de residência (ALBUQUERQUE, 2017), dissertação de mestrado acadêmico (MIRANDA, 2015; SOARES, 2015; MEDEIROS, 2018), dissertação de mestrado profissional (NASCIMENTO, 2016) e tese de doutorado (CASANOVA, 2016)⁵. As pesquisas de base a estas produções concluíram pelo apoio à expansão da educação interprofissional nas residências em saúde, mas também apontaram a necessidade de sua

5 Foram selecionadas pesquisas a título de exemplo, não ocorreu qualquer tipo de revisão sistemática da literatura.

valorização no ensino de graduação, sua presença nas atividades de pesquisa e extensão universitária e sua utilização nas estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores inseridos nas redes de ações e serviços dos sistemas de saúde, por meio de educação continuada ou da educação permanente em saúde.

Ainda que a formação para prática colaborativa amplie a satisfação dos residentes, não há nos serviços e nas instituições de ensino uma cultura de prestígio ao aprendizado ou à atuação interprofissional, o que também promove o sofrimento dos residentes em inúmeros momentos da formação. Segundo as pesquisas, as práticas colaborativas favorecem a atuação centrada no paciente, a melhor identificação das necessidades em saúde, o compartilhamento de práticas e procedimentos entre colegas e a atuação com ações coletivas e intersetoriais, mas foram identificados limites referentes a relações pessoais e interprofissionais, necessidade de apoio institucional e fragilidades na integração ensino-serviço.

A educação interprofissional mostrou-se adequada para desconstruir estereótipos e preconceitos profissionais, além de permitir aos residentes o reconhecimento de competências comuns e complementares. As pesquisas indicaram que há potência da colaboração interprofissional quando a articulação teórico-prática é promovida e quando há diversificação das ações para além das práticas assistenciais, porém as experiências interprofissionais entre residentes em saúde e residentes médicos é reduzida, ocorrendo apenas em alguns campos de prática. Conforme as pesquisas, são muitos os desafios a serem superados para que a prática colaborativa entre residentes em saúde e residentes médicos se efetive. Entretanto, na perspectiva de as residências serem capazes de qualificar profissionais de saúde aptos a atuarem de forma interprofissional, com vistas à integralidade da atenção, a integração das residências em saúde e residências médicas não pode ser desconsiderada.

No cotidiano das residências em saúde estão, além dos residentes e preceptores, estudantes de graduação, outros trabalhadores do Sistema Único de Saúde, outros docentes das instituições formadoras, líderes comunitários, usuários das ações e serviços de saúde, gestores do setor sanitário e gestores do setor educacional. A colaboração interprofissional, como tema curricular,

nessas circunstâncias, oportuniza seu aprofundamento teórico e incentiva o diálogo participativo com o objetivo de propor uma agenda consistente para a prática interprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se uma aproximação aos referenciais teóricos e práticos da colaboração interprofissional nas práticas de intervenção clínica ou gerencial e na educação dirigidas aos profissionais de saúde, onde as residências em saúde são exemplo paradigmático. O objetivo não foi prescrever um modelo qualquer que fosse, senão incitar nos profissionais residentes e no corpo docente-assistencial das residências em saúde atitudes potencialmente colaborativo-interprofissionais. Espera-se que a abordagem possa ter servido ao pensamento de estratégias de formação e de trabalho que preservem e estimulem a pluralidade de experiências advindas da educação e da prática interprofissional, uma vez que a fragmentação do trabalho no cotidiano e a fragmentação da formação na universidade vêm sendo amplamente questionadas nos espaços e tempos de controle social em saúde, como as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde e as Conferências de Saúde de todos os âmbitos de gestão.

As residências integradas multiprofissionais em saúde marcam importante avanço na colaboração interprofissional, pois além de reafirmarem a integralidade da atenção, oferecem um currículo particular ao aprendizado que equivale às exigências parciais ou mínimas para a prática interprofissional. A prática interprofissional caminha na direção do trabalho multiprofissional integrado, onde há compartilhamento dos conhecimentos e desempenhos colaborativos, assim como permanente troca de impressões, experiências e saberes. O desenvolvimento de competências é favorecido na colaboração interprofissional, crescem as equipes, cresce o serviço e cresce cada trabalhador em particular.

Por fim, reafirmando a natureza aproximativa do presente texto, espera-se ter deixado em foco diferentes aspectos da colaboração

interprofissional nas residências em saúde. Buscou-se compor uma paisagem das preocupações aí implicadas, assim as indicações bibliográficas representam sugestão de aprofundamento e encorajamento aos profissionais residentes e corpo docente assistencial de residências em saúde para expandir experiências de educação interprofissional e prática interprofissional, conquistando interprofissionalidade no dia a dia da formação e do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.R.N. **Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas.** Monografia (Residência em Saúde). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió: UNCISAL, 2017.

AVMA (American Veterinary Medical Association). **One Health: a new professional imperative.** One Health Initiative Task Force: Final Report. Schaumburg: AVMA; 2008.

BARR, H. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review.** London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.

BARR, H; LOW, H. **Introducing interprofessional education.** Fareham: Caipe, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

CASANOVA, I.A. **A educação interprofissional na residência multiprofissional em saúde no Estado de São Paulo.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UNIFESP, 2016.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.

CECCIM, R.B; KREUTZ, J.A; MAYER JR, M. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R; SILVA JR, A.G.S (Orgs). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2011. p. 257-292.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, v. 22, sup. 2, p. 1739-1749, 2018.

DALLEGRAVE, D; CECCIM, R.B. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 66, p. 877-887, 2018.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R.B; DELLEGRAVE, D; AMORIM, A.S.L; PORTES, V.M; AMARAL, B.P (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare; 1974.

MEDEIROS, M.S.M.F. **Educação para o trabalho interprofissional no contexto das residências em uma maternidade escola**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2018.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T; SANTOS, A.F; CAMPOS, C.R; MALTA, D.C; MERHY, E.E. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.

MIRANDA NETO, M.V. **Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2015.

NASCIMENTO, R.M.M. **Educação interprofissional e preceptoria na residência multiprofissional em saúde da família**. Trabalho de Conclusão de

Curso (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. João Pessoa: UFPB, 2016.

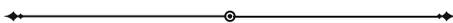
OMS (Organização Mundial da Saúde). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n.11, p. 3203-3212, 2013.

SOARES, G.M.M. **Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde**: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza: UFC, 2015.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Geneva: WHO; 1946.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



*Camila da Costa Brasil
Vanessa Calixto Veras
Lúcia Conde de Oliveira
Jon Anderson Machado Cavalcante*

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira de 1988 atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde pública. Nesse sentido, foi instituída no ano de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação, baseando-se na aprendizagem significativa, para possibilitar a construção de processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor (BRASIL, 2004).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem se voltado para reproduzir um modelo tradicional de organização do cuidado, numa perspectiva hospitalocêntrica e biologicista. Com o avanço da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implementação do SUS, torna-se urgente a reorientação da educação dos profissionais de saúde para reverter a matriz vigente de pensamentos e práticas (CECCIM; FERLA, 2008).

Com a proposta da mudança no modelo técnico-assistencial voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, gerou-se a necessidade de transformações no serviço e na formação profissional. É no intuito de atender essa demanda e de fortalecer o atendimento ampliado às necessidades de saúde que se qualificam profissionais no/para o SUS, por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tendo como amparo legal a Portaria Interministerial nº 2.117/MEC/MS, de 3 de novembro de 2005,

que instituí, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, os limites e contradições presentes na execução da política de saúde mostram que a efetivação do SUS e, por conseguinte, sua Política de Educação Permanente não está assegurada, exigindo um esforço contínuo para transformar a assistência pública à saúde, tornando-a de fato universal, integral e de qualidade. Uma das iniciativas para conseguir tal intento é materializar a participação da comunidade em parceria com os profissionais, integrada às atividades de controle social existentes. O princípio da participação inscrito na Constituição tornou-se uma estratégia na luta pela consolidação do SUS. No embate político entre distintos projetos, o da Reforma Sanitária e o projeto privatista, precisa-se de sujeitos ativos nesta arena política.

O presente ensaio propõe discutir a relação de desempenho das Residências Multiprofissionais em Saúde e o exercício da participação, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Inicialmente, discutiu-se sobre as abordagens e conceitos em torno da participação e de que modo ela pode se apresentar na prática dos residentes. Em seguida, foi feito um breve resgate histórico de como se instituíram as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no estado do Ceará. Por fim, fez-se um relato de experiência, organizado a partir de um trabalho de conclusão de Residência, sobre o tema em questão, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSF) do município de Fortaleza - CE.

Este capítulo é um convite à reflexão e à ação, pois sem sujeitos políticos que defendam e construam o SUS, público, universal e de qualidade, com os ataques que vem sofrendo, daqui a alguns anos, no lugar de maior sistema público do mundo, ele poderá se tornar uma miragem de um pobre sistema para pobres.

CONCEPÇÕES TEÓRICAS DA PARTICIPAÇÃO

A participação é uma atividade intrínseca à vida em sociedade, sendo atravessada por relações sociais, políticas e econômicas. Pode ocorrer em espaços pequenos como no cotidiano familiar, e abranger instâncias e instituições, atingindo um patamar maior, com possibilidades de intervenção em políticas de regulação da sociedade. Os múltiplos significados da palavra participação a tornam uma categoria analítica ampla e geral, que abriga desdobramentos e estratificações, produzindo novas categorias (SCOREL; MOREIRA, 2008).

A dimensão que pretendemos trazer para o debate é a da participação política que se insere no contexto do relacionamento entre Estado e sociedade. A participação é uma necessidade humana, um direito fundamental inscrito na Declaração Universal dos Direitos humanos. Os processos participativos possibilitam organizar a vida coletiva e o bem comum. É uma atividade humana por excelência como já nos ensinavam os gregos na Ágora. Por meio da participação política se aprende a democracia como um modo de vida e como um valor universal (COUTINHO, 1980), para além dos procedimentos para organizar a competição política. Com a participação é possível tornar o país mais republicano e mais justo, onde os diferentes interesses podem ser colocados na arena política.

Compreendemos que os processos participativos e de organização coletiva estão inseridos em contextos contraditórios e que as concepções de participação são fundamentadas em diferentes visões políticas e distintos interesses. Dependem de fatores históricos, políticos, socioeconômicos e culturais de uma determinada sociedade.

As abordagens teóricas clássicas da participação, assim como novas composições, variam de uma concepção liberal, na qual o cidadão participa para fortalecer a sociedade civil, de modo que esta evite as ingerências do Estado, no que se refere ao controle, tirania e intervenção na vida social, ou seja, limita o poder do Estado. Numa concepção autoritária, a participação é direcionada para a integração e o controle social, no âmbito da sociedade e

da política. Pode ocorrer tanto em regimes autoritários de direita, como de esquerda (GOHN, 2011).

Na perspectiva da abordagem revolucionária, a participação estrutura-se em coletivos organizados para combater relações de dominação, em prol da divisão do poder político. E pode realizar-se nos marcos do ordenamento jurídico em vigor ou em canais paralelos, assim como pode desenvolver-se no misto dessas alternativas. Cabe destacar que a interpretação radical sobre a participação “engloba teóricos e ativistas que questionam e buscam substituir a democracia representativa por outro sistema, em muitos casos pela denominada “democracia participativa” (GOHN, 2011, p.21).

A abordagem democrático-radical tem o intuito de fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos alternativos à realidade social. Nessa concepção os agentes de organização da participação são múltiplos e quem compõe os processos participativos são vistos como sujeitos sociais. No Brasil, houve experiências que se constituíram mobilizadas por essa vertente, a exemplo do fórum do orçamento participativo e diferentes fóruns de participação popular (*Ibidem*).

Outras abordagens fogem à proposta de definições polarizadas e buscam problematizar a participação a partir de graus de participação, como é a proposta definida por Pateman (1992): a pseudoparticipação – quando há somente consulta a um assunto por parte das autoridades; a participação parcial – muitos tomam parte no debate, mas só uma parte decide de fato; e a participação total – quando cada grupo de indivíduos tem igual influência na decisão final.

Correspondente às teorias sociopolíticas, Gohn (2011, p.24-25) faz destaque a Rousseau, com sua teoria política que “considera a participação individual direta de cada cidadão no processo de tomada de decisões de uma comunidade e a vê como um modo de, simultaneamente, proteger os interesses privados e assegurar um bom governo”. Na abordagem marxista, a participação não aparece isolada, mas se encontra articulada às categorias: lutas e movimentos sociais. Na educação, especialmente atrelada a propostas pedagógicas desenvolvidas pós 1960, como a de Paulo Freire, “a participação é

uma ideia (força)” (*Ibidem*, p.32).

Outro conceito que merece destaque é o de participação política, que está relacionada ao número e intensidade de indivíduos envolvidos na tomada de decisão, que pode manter ou modificar a estrutura do sistema dominante e se articula com a democracia em suas formas direta e indireta. Sobre a expressão participação política, Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p.888) anunciam três formas distintas: *presença* – forma menos intensa e marginal de participação política, com comportamentos receptivos ou passivos; *ativação* – o sujeito desenvolve uma série de atividades a ele delegadas de forma permanente; *participação* – reservado para situações em que o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

Gohn (2011) assinala que a participação dos sujeitos nos processos de elaboração de estratégias e tomada de decisão, só aparece no país nos anos 1980, em propostas ligadas aos movimentos sociais, juntamente com as Comunidades Eclesiais de Base (CEB), oposições sindicais, associações de moradores, etc. Foi um contexto de luta nacional contra a ditadura, pela democratização, pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais.

No contexto das lutas democráticas, um termo utilizado de forma recorrente era participação popular, sendo definida “como esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlavam a vida em sociedade”. Nessa proposta afirma-se a categoria “povo”, referente à parcela da população excluída ou marginalizada no acesso a bens e serviços (GOHN, 2011, p.52).

Valla (1998, p.9), que discute o termo participação popular no contexto do setor saúde, afirma que o conceito é marcado de ambiguidades, com diferentes perspectivas. E a maneira vaga e difusa com que aparece em textos oficiais, “ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental”. O autor situa algumas definições e apropriações de participação: como as ações que diferentes forças sociais desenvolvem em relação às políticas públicas e/ou serviços básicos na área social; modernização; integração dos grupos ‘marginalizados’ e o mutirão.

Muitas dessas experiências aconteceram no contexto de ascensão do neoliberalismo, que propunha o Estado mínimo e a redução dos gastos com as políticas sociais. O que contribuiu para o aprofundamento das desigualdades e o crescimento da pobreza. Diante dessa realidade, as agências multilaterais, como Banco Mundial, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), propõem a incorporação das organizações da sociedade civil nos projetos de enfrentamento da pobreza. Nessas recomendações é dado destaque ao papel da participação social na perspectiva colaboracionista (SIMIONATO; NOGUEIRA, 2001).

No processo de democratização do país, a perspectiva colaboracionista está presente, assim como a de defesa dos direitos e da participação no planejamento e gestão das políticas públicas: “foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido deste atender, cada vez mais, aos interesses da maioria da população” (CORREIA, 2009, p. 111).

Essa conjuntura sociopolítica do país fez com que, na década de 1990, a categoria participação social ganhasse força, referindo-se não somente aos setores sociais excluídos, mas acolhendo a diversidade de interesses e projetos existentes. Escorel e Moreira (2008, p. 997) apontam que “a categoria central deixou de ser ‘comunidade’ ou ‘povo’ e passou a ser a ‘sociedade’”. Essa concepção que se apresenta “dá lugar à participação como cidadania, ou seja, na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania”.

Gohn (2011, p.60) contribui com essa nova denominação que se apresenta, afirmando que a participação cidadã passa a conceber a participação como intervenção social periódica e planejada em torno de uma política pública. Traz como característica uma tendência à institucionalização, “entendida como inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado, a partir de estruturas de representação criadas, compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade de onde eles provêm”.

Apesar de as novas configurações sócio-históricas e políticas conduzirem para um debate e afirmação da participação cidadã, ainda

apostamos na necessidade de demarcar a participação popular devido ao contexto que permanece de participação desigual das diferentes classes sociais nos processos de produção, decisão e de consumo, conforme já destacado no estudo de Ammann (1978).

Foi nessa arena de luta que se desenvolveu o processo de democratização e a reformulação do setor de saúde brasileiro, resultando no SUS. A luta foi liderada por profissionais da saúde e pessoas provenientes de movimentos e organizações da sociedade civil, conferindo à Reforma Sanitária uma característica peculiar (PAIM *et al.*, 2011).

O princípio da participação da comunidade foi pensado como estratégia política para garantir a RSB. Entretanto, a institucionalização da participação, por meio dos espaços dos conselhos e conferências, não tem se mostrado suficiente para consolidar o projeto da RSB, se instaurando o desafio de encontrar novos espaços de mediação e estratégias metodológicas para fortalecer a luta pelo direito à saúde (OLIVEIRA; VERAS; BRASIL, 2016).

É diante desse contexto que se torna importante uma formação profissional que atenda às necessidades do SUS, cuja intervenção nos diferentes espaços de participação possa contribuir no processo de democratização da política de saúde.

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E O EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde tal como se apresentam, atualmente, com uma base legal consolidada, são resultado de um árduo caminho em busca de uma formação qualificada e diferenciada para os profissionais de saúde, alinhados com o projeto da Reforma Sanitária. A própria construção das residências é fruto de processos participativos.

As Residências Multiprofissionais, como modelo formativo para o SUS, induzido por editais e convênios de esfera federal, surgem exatamente diante da constatação de que aquele modelo de formação baseado em

capacitações não se mostrava eficaz para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas por trabalhar de maneira descontextualizada e se basear principalmente na transmissão de conhecimentos.

Dentro da perspectiva da Educação Permanente, as Residências buscam formar profissionais capazes de problematizar a realidade e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema de saúde brasileiro.

Diante disso, as Residências Multiprofissionais representam uma proposta de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, formando trabalhadores em saúde capazes de refletir sobre os seus processos de trabalho, com uma atuação crítico-reflexiva e uma postura de alteridade frente à população com a qual atua. A formação em modalidade de Residência busca contribuir na trajetória profissional dos trabalhadores e na formação de profissionais para o SUS que sejam capazes de dar conta das complexidades desse sistema.

Um dos elementos impulsionados nas RMS é a dimensão política da formação dos trabalhadores. A Residência Multiprofissional busca ser instrumento de “mudanças de práticas e potencializador da formação de agentes micropolíticos na construção do SUS”. Ao estabelecer os cenários de produção do cuidado como cenários de produção pedagógica, as RMS almejam ressignificar a educação na saúde e colocá-la para além da relação ensino-aprendizagem, com o objetivo de criar sujeitos protagonistas que determinam o desenvolvimento do SUS (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012, p.1281).

É inviável se pensar em mudanças nas práticas de cuidado no SUS, sem levar em consideração a atuação de sujeitos que defendem um sistema público de saúde fortalecido. Dessa forma, é primordial a dimensão política na formação dos trabalhadores da saúde, pois ela “inscreve-se na necessidade de escolher e afirmar determinados valores em detrimento de outros, o

que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p. 369).

No que diz respeito às experiências do Ceará nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, elas buscam contemplar essa dimensão política da formação por meio do fomento à participação. De forma que em diversos espaços ações são desenvolvidas, a fim de construir e fortalecer a participação e o exercício da democracia. A exemplo disso, podemos citar: o planejamento participativo, uma das primeiras atividades propostas pelos residentes para planejar seus processos de trabalho de forma coletiva e dialógica, envolvendo diversos sujeitos - usuários, trabalhadores, gestão; as rodas de equipe e de categoria que almejam a construção de uma cultura democrática na cogestão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas estratégias buscam garantir o exercício da participação em prol da construção coletiva e do fomento às relações interpessoais. Os residentes também são estimulados a participar dos conselhos municipais e locais de saúde, que são espaços institucionalizados de participação e controle social.

Um outro espaço de participação de grande valor para as Residências em Saúde, de forma geral, é o Fórum Nacional de Residentes, criado em 2006. Este configura-se como instância organizativa e de articulação política dos residentes na luta em defesa de uma política de residências em consonância com as premissas da Reforma Sanitária. O FNRS se constitui um espaço de diálogo, participação e deliberação acerca das questões que envolvem as residências e o Sistema Único de Saúde (FÓRUM NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 2012).

O estímulo a esses espaços de participação representa o exercício da politicidade nas Residências. A participação é pensada e realizada nos processos formativos e se direciona a todos os sujeitos envolvidos neste processo: residentes, preceptores, usuários, trabalhadores de saúde, gestão.

A formação em saúde é complexa, pois demanda dos sujeitos uma participação mais orgânica. “[...] a participação, portanto, é a aprendizagem do poder em todos os momentos e lugares em que se esteja vivendo e atuando RMSF” (SILVA; SOUZA, 2010, p.10). A nossa cultura sobre participação e

democracia é muito recente. De forma que se torna relevante a RMSF buscar garantir espaços para o exercício da participação em favor da construção coletiva.

Para Guizardi e Pinheiro (2006), a participação nos processos educativos deve ser pensada de forma diferenciada: não se trata de formar para participar, mas de participar para formar. É por meio da inserção dos residentes nos espaços de participação que eles estão se formando. Pois,

[...] é necessário compreender o caráter formativo dos processos decisórios, reconhecer e expor os dispositivos de poder que restringem a capacidade de governo da coletividade, buscar instituir, nos processos formativos, espaços de encontro, de corresponsabilização, de solidariedade entre os sujeitos para que experienciem valores democráticos e universais (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012, p.1281).

A formação de trabalhadores da saúde em arranjos pedagógicos mais democráticos e horizontais pode contribuir para a construção de sujeitos e coletivos com maior compromisso ético-político, “que ajam como agentes micropolíticos da construção do SUS, tanto para disputar a qualificação das práticas no mundo do cuidado como para tensionar a consolidação do SUS como política pública” (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012, p.1289).

Estudos demonstram, inclusive, que a RMSF tem trazido como competências e atribuições essa dimensão política e participativa aos atores envolvidos neste processo formativo. A pesquisa desenvolvida por Brasil (2014)⁶ identificou que uma das competências que os residentes egressos da RMSF de Fortaleza-Ceará acreditaram terem desenvolvido foi a “atuação política e a militância”.

Outro estudo desenvolvido por Brasil (2017) evidenciou que uma das contribuições da RMSF foi despertar nos residentes o interesse de lutar em

6 Esta pesquisa tinha por objetivo analisar os percursos profissionais dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza após sua passagem pelo Programa.

defesa do SUS. De acordo com o estudo, um dos pontos mais importantes da Residência é essa formação política e participativa, de construção de profissionais comprometidos com o SUS, que passam a defender esse sistema.

Na formação em saúde da família é primordial a construção de espaços de diálogos que promovam o encontro das pessoas e estimulem o exercício da participação, como parte do processo da formação dos seus atores, com o intuito de construir uma cultura democrática na ESF “a partir da formação de equipes multiprofissionais que planejam, atuam, avaliam de forma coletiva e dialógica os processos de trabalho” (SILVA; SOUZA, 2010, p.9).

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

No estado do Ceará, a primeira Residência em Saúde da Família foi implantada em 1999 em Sobral. Eram 64 residentes, entre médicos e enfermeiros, todos profissionais já inseridos na Estratégia Saúde da Família de Sobral (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008).

O objetivo central desta formação era preparar esses profissionais para atuarem eficazmente na Estratégia Saúde da Família, com ênfase na promoção da saúde. Objetivava também possibilitar o rompimento dos modelos mentais construídos no decorrer da vida acadêmica e profissional desses atores; modelos esses alicerçados no conceito hegemônico de saúde como ausência de doença (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008).

Na segunda turma, iniciada em 2001, foi ampliado o número de categorias profissionais envolvidas. Foram 59 residentes selecionados, distribuídos em diversas categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008; PARENTE *et al.*, 2006).

Até a segunda turma, a RMSF contava exclusivamente com recursos

do próprio município para seu financiamento. Todos os residentes eram profissionais que já atuavam no Sistema Municipal de Saúde. A terceira turma, iniciada em 2002, foi contemplada com o financiamento de 25 bolsas do Ministério da Saúde. Devido a esse financiamento, acrescido do reconhecimento da experiência da Estratégia Saúde da Família de Sobral, a RMSF recebeu profissionais de diversas regiões do Brasil, com processos formativos e experiências profissionais anteriores muito distintos (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008).

Em março de 2017, a RMSF de Sobral inaugurou sua décima quarta turma, contando com 30 residentes distribuídos nas seguintes categorias: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

No município de Fortaleza, Ceará, em 2009, foi criada a primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, financiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Estadual do Ceará – entidade certificadora –, cuja execução foi realizada pelo Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE).

Em consonância com as diretrizes nacionais, este Programa surgiu com o objetivo de promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população.

Esta Residência buscava direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social. Sua maior finalidade era preparar profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), com base nos princípios e diretrizes do SUS.

A primeira turma do referido Programa era composta por 66 residentes de 11 categorias profissionais (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição,

odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional) e um corpo docente composto por vinte e cinco profissionais, os quais se dividiam entre preceptores de território e de categoria.

Em março de 2011, já com nova modalidade de financiamento – edital específico para pagamento de bolsa de residentes, sem financiamento para a estrutura e condução do programa -, teve início a segunda turma, que sofreu com a redução do financiamento do Ministério da Saúde, impactando em número de vagas - passando de 66 para quatorze residentes, permanecendo seis das onze categorias presentes na primeira turma: enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Na segunda turma, o pagamento dos preceptores de território e de categoria era de responsabilidade do município de Fortaleza, que pagava os docentes por meio de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Além da precarização decorrente de seus vínculos de trabalho extremamente fragilizados, os preceptores ainda sofriam com os constantes atrasos de suas remunerações, que chegavam a atrasar cerca de dois meses.

Em maio de 2012, iniciou a terceira e última turma do Programa com a mesma modalidade de financiamento e com o mesmo formato da segunda. Após a terceira turma, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza encerrou o referido Programa.

No ano de 2013, a Escola de Saúde Pública (ESP) do Ceará inaugurou a Residência Integrada de Saúde (RIS) que contava com quatro ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva, Cancerologia e Saúde Coletiva. No que concerne à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, ao implantar tal Residência, a ESP tinha por objetivo qualificar a ESF em territórios mais vulneráveis no interior do Ceará, estimulando a integração com outras redes e o papel coordenador da ESF.

A RMSF da RIS-ESP/CE busca, assim, estimular a reorganização e a reorientação da prática assistencial na perspectiva da promoção, da proteção à saúde e da integralidade da atenção; consolidar o polo formador em Saúde da Família do Estado; qualificar a implementação da Estratégia NASF fomentando a colaboração interprofissional; envolver os profissionais da ESF na produção

de conhecimento por meio da reflexão teórico-prática, da publicização do conhecimento e do desenvolvimento de pesquisas científicas com ênfase nos processos de trabalho da APS/ESF/NASF; e desenvolver capacidade técnica para estruturar atenção às doenças crônicas (CEARÁ, 2012).

A seguir apresentaremos algumas reflexões sobre uma experiência de participação relatada em um trabalho de conclusão da RMSF em Fortaleza que analisou processos participativos viabilizados por parcerias entre residentes, comunidade e universidade.

A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM COMUNITÁRIO DA GRANJA PORTUGAL

A Estratégia Saúde da Família como o modelo de Atenção Primária à Saúde traz nas suas diretrizes referências de APS, preconizadas na Declaração de Alma-Ata (1978), que estabelece: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”.

Alinhada com esse mandamento, com os princípios do SUS e com a estratégia formativa da RMSF, foi desenvolvida a experiência do Fórum Comunitário da Granja Portugal, que se constituiu como dispositivo de participação no cenário de prática de residentes da segunda turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza.

Como prática prevista ao processo de trabalho na RMSF, foram realizadas as oficinas de territorialização e o planejamento participativo das ações em saúde, envolvendo diferentes sujeitos – residentes, moradores, gestores e profissionais de saúde e de outras políticas setoriais. No que se refere ao tema da participação, a “desorganização política da comunidade” foi apontada como problemática central no território (VERAS, 2014, p.65).

Dessa forma, a equipe de residentes foi motivada a fomentar intervenções de apoio e fortalecimento das práticas de organização e mobilização comunitárias, buscando aprofundar uma experiência

compartilhada em saúde. Por conseguinte, houve uma interação mais efetiva entre ensino, serviço e comunidade.

O fórum surgiu da aproximação entre residentes de Saúde da Família, estudantes e professores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), que desenvolviam a Disciplina de Práticas Integrativas II e o Projeto de Extensão “Granja Portugal Centrada na Vida”, no espaço de uma organização não governamental que, entre as atividades desenvolvidas, tinha o Movimento Integrado de Saúde Comunitária (MISCOM) no bairro da Granja Portugal.

A articulação inicial entre esses sujeitos seguiu um direcionamento comum: legitimar um fórum local com o objetivo de construir um espaço permanente de encontro onde as pessoas pudessem dialogar a respeito da saúde do bairro e pensar em ações condizentes com as necessidades da comunidade, cuja proposta foi disparada em reunião de planejamento do MISCOM, em maio de 2011.

O referido fórum apresentou fases e condução diferenciadas, sendo dadas diferentes denominações e propostas de atuação de acordo com o movimento das pessoas envolvidas. Podemos afirmar que inicialmente essa articulação coletiva foi intitulada Fórum MISCOM ou Fórum de Políticas Públicas e contava com representações da escola, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Saúde, outras instituições da Rede Local OG e ONG, membros de organizações religiosas e alguns moradores.

Portanto, no primeiro ano do fórum os profissionais de diversos pontos da rede local eram os principais condutores das reuniões, juntamente com os residentes e universitários. Nesse período foi garantida maior articulação intersetorial, porém com baixa adesão de moradores, que tomavam parte da experiência por meio de comportamento receptivo frente aos facilitadores, resultando em uma participação presencial, conforme distinção apresentada por Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998).

A razão de existir do fórum estava, porém, diretamente ligada ao envolvimento dos moradores. As reivindicações e as prioridades deveriam ser

definidas por eles, à medida que tomassem consciência de si e da realidade de que faziam parte, percebendo-se não só como sujeitos de direitos, mas como um coletivo organizado, dotado de autonomia e capacidade de lutar pelos ideais da comunidade.

Posteriormente, tornou-se mais visível a transformação do grupo no decorrer do tempo, na medida em que seus membros foram aprofundando suas relações e gerando vínculos. O coletivo passou a ser denominado de Fórum de Saúde Comunitária. O contexto modificou-se quando as reuniões aconteceram nas ruas e calçadas da comunidade, com redefinição das reuniões para horário noturno, mas houve desistência da maioria dos profissionais. Estiveram nessa nova composição do fórum: residentes e outros profissionais de saúde (especialmente agentes comunitários), conselheiros de saúde, moradores e estudantes de psicologia.

Foi nessa experiência do fórum que alguns participantes encontraram estímulo para permanecerem na atuação junto ao controle social em saúde, na condição de conselheiros. Pois antes essa participação era inviabilizada pela falta de conhecimento sobre as atribuições do Conselho de Saúde e a não realização das reuniões. Quando aconteciam as reuniões eram no turno da tarde, inviabilizando a participação dos membros usuários. E “essa tensão ou distanciamento entre o pensar e os possíveis modos de agir, percebida pelos diferentes atores sociais, é motivo de descrença e desmobilização” (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007, p. 344).

Os conselheiros de saúde não encontravam condições satisfatórias para a participação, o que se apresentava como impedimento para o engajamento deles no Conselho Local de Saúde. Ammann (1978, p.34) confirma que para instaurar a participação são necessários alguns requisitos. “Esses requisitos, dentre os quais destacamos pela sua relevância, a informação, a motivação e a educação para participar, agem sobre os indivíduos, tornando-os mais inclinados ou menos inclinados ao processo participativo”.

Aos poucos o serviço de saúde começou a sentir as repercussões da organização comunitária, tomando como exemplo a revitalização do Conselho Local. Dessa forma, ficou evidente que a participação está diretamente ligada

às relações de poder, sobretudo quando o grupo organizado conquista o direito de influenciar nas decisões que o afetam, adquirindo mais habilidades e capacidades de lidar com o poder.

Após um ano de instituição do fórum comunitário, a articulação em e com a comunidade ganhou corpo e autonomia. Paulatinamente, as iniciativas e direcionamentos de intervenção do coletivo foram se ampliando para além do acesso aos centros de saúde. Os participantes queriam ampliar a intervenção, envolvendo também cobranças ao poder público por políticas sociais, e para isso reconheciam a necessidade de adesão de mais pessoas, apontando para articulações com outros grupos e indivíduos, de cunho religioso, artístico ou simplesmente com perfil mobilizador na comunidade.

Notadamente houve uma revitalização da participação política do grupo, que passou de uma “condição de simples espectador mais ou menos marginal à protagonista de destaque” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 888). O fórum contemplou ações como: atividade panfletária e de mobilização em uma feira local para problematizar a temática da saúde e divulgar o próprio fórum; atividade com ex-pacientes de uma oca comunitária; ação de revitalização da oca; movimento em defesa da praça da juventude para o bairro; reportagens e audiências públicas; e composição da Mesa de Diálogo pela Saúde do Grande Bom Jardim⁷ (GBJ).

Esse espaço do fórum foi fortalecido pela articulação com outras redes de luta do território, como a Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim (Rede Dlis). Alguns integrantes da Rede começaram a participar do Fórum e por sua vez, alguns participantes do Fórum acompanharam as reuniões e ações da Rede Dlis. Nessa época o coletivo se intitulava Fórum de Lutas da Granja Portugal.

A atividade da Mesa de Diálogo pela Saúde do GBJ merece destaque, porque foi um espaço instaurado para monitoramento dos postos de saúde da região e negociação com a Coordenadoria Regional de Saúde, a partir de um

7 O Grande Bom Jardim é a região mais populosa do Município de Fortaleza, situada na área de abrangência da Secretaria Regional V, composta pelos bairros Bom Jardim, Granja Portugal, Canindezinho, Granja Lisboa e Siqueira, que concentram os menores indicadores socioeconômicos da cidade (FORTALEZA, 2014).

tensionamento provocado por movimentos sociais, moradores, profissionais e conselheiros locais de saúde.

Essa intervenção foi deliberada em decorrência de denúncias graves em relação ao funcionamento das unidades básicas de saúde na região do Grande Bom Jardim, em meados de 2013. As reuniões da Mesa de Diálogo eram mensais e entre as pautas iniciais estiveram a discussão de alternativas para a composição adequada das equipes de ESF nas unidades do GBJ, conforme a demanda territorializada, e sobre as reformas das unidades de saúde.

Embora esse movimento tenha tensionado instaurar novos processos da gestão em saúde, os encontros da chamada Mesa de Diálogo pela Saúde do Grande Bom Jardim se tornaram assistemáticos e pouco resolutivos. É reconhecido que houve uma dificuldade de instaurar uma comissão permanente de acompanhamento da política de saúde, com agenda sistemática. “Urge empreender análises das concepções relacionadas ao direito à saúde e das estratégias de participação envolvidas nesse processo” (OLIVEIRA; VERAS; BRASIL, 2016, p.72). Somente assim será possível apontar que perspectiva de saúde é fortalecida no âmbito dos movimentos populares.

A composição do fórum esteve em constante mudança e esse caminhar apresentou um movimento próprio dos participantes que (re)construíram as demandas, as bandeiras de luta e as intervenções. Foi a partir dessa experiência organizativa, iniciada de uma interação entre ensino, serviço e comunidade, que foram gestadas possibilidades de atuação em diversos aspectos da vida comunitária.

É visível que o processo participativo exerceu um caráter educativo sobre as pessoas, ao buscarem soluções e transformação da realidade a partir da interação com seus pares e articulados a redes comunitárias. A educação pode ter sido autoconstruída na prática do fórum, porque, segundo Gohn (2009, p.51), esse tipo de participação é capaz de gerar consciência que leva ao reconhecimento das condições de vida. A autora acrescenta que são diferentes formas de aprendizagem geradas a partir do “contato com fontes do exercício de poder”, das ações rotineiras impostas pela burocracia estatal, das “diferenças existentes na realidade social”, do “contato com assessorias contratadas” ou

parceiras, “desmistificação da autoridade como sinônimo de competência”.

O exercício de participação política favoreceu o estabelecimento de múltiplas relações e práticas, marcadas por perspectivas de consensos e divergências, e demandou uma postura de articulação com outros sujeitos da comunidade, não somente as pessoas da rede intersetorial. A experiência possibilitou manter ativa a territorialização no fazer dos residentes e de outros profissionais, com mapeamento da rede comunitária, dos sujeitos políticos ativos em diferentes pontos do território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A defesa dessa proposta de formação em serviço significa lutar pelo fortalecimento da Educação Permanente e das demais políticas que envolvem o SUS. Trata-se de mostrar que é possível desenvolver práticas em saúde, de maneira qualificada e humanizada, possibilitando o fortalecimento do vínculo e da responsabilização no território de atuação.

Ao considerarmos o território como esse lugar da atuação compartilhada, as ações de saúde a serem desenvolvidas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade podem estimular a criação de espaços coletivos que possibilitam a análise do contexto, da ação das pessoas e a apropriação do espaço pelos sujeitos que nele vivem.

Então, não falamos de uma prática neutra, mas com direcionamento político, que pode ser demarcada pelo controle social a ser exercido por usuários, residentes, preceptores e demais profissionais de saúde, com possibilidades de articulação com movimentos sociais e uso de táticas de luta popular.

Vimos com o relato de experiência que a organização política de profissionais e usuários pode trazer a identificação de um projeto comum para a proposição de práticas alternativas condizentes com as necessidades de saúde. A atividade do fórum permitiu o aprofundamento da análise territorial e potencializou a promoção da participação, demonstrando ser mecanismo de

ampliação da capacidade de intervenção coletiva.

O exercício da participação política a partir do fórum comunitário possibilitou aos participantes criarem condições de consciência crítica e participativa com o desenvolvimento de suas ações, além de colocar os sujeitos envolvidos no conjunto das redes comunitárias e sociais e de relações subjetivas, afetivas e de poderes.

Evidenciou-se também que a maneira como as comunidades periféricas se organizam nem sempre se enquadram nas formas clássicas de organização política. É preciso enxergar as novas formas de organização, com que as pessoas buscam suas respostas e realizações.

REFERÊNCIAS

AMMANN, S.F. **Participação social**. 2.ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C. Varriale . Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL, C.C. **Análise dos percursos profissionais dos egressos de Residência Multiprofissional**. Monografia (especialização) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza, 2014.

BRASIL, C.C. **Formação e trabalho em saúde: análise das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social. Fortaleza, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.** Institui a Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União 2005; 4 nov.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 16, n.2, p. 271-279. abri-jun.2007.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública. Sistema Estadual de Saúde Escola. Interiorização da formação interprofissional em saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. **Projeto pedagógico:** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza, 2012.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde.** v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CORREIA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A.E.S *et al.* (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COUTINHO, C.N. **Democracia como valor universal:** notas sobre a questão democrática no Brasil. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, 1978.

ESCOREL, S; MOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento Humano, por Bairro, em Fortaleza.** 2014a. Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2015/25.02.2014_-_pesquisa_finalizada.pdf>. Acessado em: 03 fev. 2016.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **Carta de princípios FNRS.** 2012. Disponível em: <<https://forumresidentes.blogspot.com/p/encontro-nacional-de-residentes.html>>. Acessado em: 13 jun. 2019.

GOHN, M.G. **Movimentos sociais e educação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis** [online]. 2012, vol.22, n.4, pp.1273-1291.

MARTINS JUNIOR, T.; PARENTE, J. R. F.; SOUSA, F. L. de; SOUSA, M. S. T. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. **Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p.23-30, jul./dez. 2008.

OLIVEIRA, L.C; VERAS, V.C; BRASIL, C.C. Participação em saúde: reflexões com suporte nas experiências de Fortaleza. **O público e o privado**, n. 27, p.59-78, jan./jun., 2016.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. Publicado Online: 9 de maio de 2011. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, 2011. Disponível em: < <http://www.thelancet.com>>. Acessado em: 15 jun. 2019.

PARENTE, J. R. F. *et al.* A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

SILVA, A.L.F; SOUSA, R.M. A roda como espaço de co-gestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral – Ce. **Sanare, Sobral**, v.9,n.2, p.07-13,jul./dez. 2010.

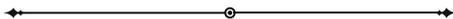
SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Pobreza e participação:

o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. In: **Serviço Social e Sociedade**. v. 66, São Paulo: Cortez, 2001.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. S07-S18,1998.

VERAS, V.C. **Serviço Social e participação popular em saúde: a experiência do fórum comunitário da Granja Portugal**. Monografia (especialização) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza, 2014.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Uma análise a partir da Residência Multiprofissional em Saúde



*Adriana Freitas Diniz Rodrigues
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Emanuella Cajado Joca
Sharmenia de Araújo Soares Nuto
Ana Suelen Pedroza Cavalcante*

DOS INÍCIOS E SEUS (INTER)MEIOS: UM CAMINHO EM PRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi, ao mesmo tempo, uma bandeira de luta específica e parte de um movimento mais amplo de mudanças, pois concretizava os direitos democráticos pelos quais muitos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam. Foi desde os anos de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propostas de mudanças na formação em saúde têm sido discutidas, principalmente quando o Ministério da Saúde (MS) chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

A importância da renovação das práticas pedagógicas para profissionais de saúde existe pela distância entre o que as instituições formadoras oferecem e o perfil necessário ao trabalhador da saúde, para que se estabeleça uma prática em saúde orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. A formação dos profissionais da saúde pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, dificulta compreender os determinantes do processo saúde-doença da população e como realizar a intervenção sobre seus condicionantes.

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi lançada como uma estratégia do Ministério da Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, instituída em 2004,

por meio da Portaria nº 198/04, substituída pela Portaria GM/MS número 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009). Na proposta da PNEPS, a mudança das estratégias de organização das ações, dos serviços e do exercício da atenção é efetivada na prática das equipes, visando transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas e de saúde. Tem como propósito trabalhar com meios que permitam reflexão crítica sobre a prática cotidiana nos serviços de saúde e nas relações pessoais, promovendo a capacidade de produzir e mobilizar relações de afeto e de sentido entre os profissionais de saúde e entre eles e os usuários, visando à aproximação com a realidade das comunidades.

A Residência em Saúde caracteriza-se como uma estratégia de formação da PNEPS e é o foco deste estudo. Teve a sua institucionalização ocorrida em 2005 com a lei nº 11.129, quando foi instituído o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, no intuito de qualificar os profissionais da saúde para a atuação no SUS (BRASIL, 2007).

Este artigo tem, portanto, o objetivo de analisar as competências profissionais que orientam a Residência Multiprofissional, apresentando as concepções de competências necessárias para a prática profissional, na Estratégia Saúde da Família, de egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Fortaleza.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) reafirma a necessidade da reorientação das práticas em saúde, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012a). Assim, a PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos novos na prática da atenção básica e, conseqüentemente, na formação dos trabalhadores de saúde para atuar na ESF. A afirmação de uma atenção básica acolhedora, resolutiva, pronta para a gestão e coordenação do cuidado integral à saúde, exige profissionais preparados para lidar com todas as dimensões deste cuidado.

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais, mas coletivas, que sejam capazes de

atender as necessidades de cuidado da população de acordo com cada realidade local. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (JAEGER; CECCIM, 2004).

É indispensável ao trabalhador do SUS reconhecer o cuidado na sua conceituação mais ampla. A definição do cuidado é indissociável de sua integralidade (PINHEIRO; GUIZARD, 2004). Como menciona Feuerwerker (2014), para consolidação do SUS, há modos de estabelecer políticas, relações e processos de geração de vida. Para tanto, os profissionais precisam ser preparados, com espaços regionais estruturados, tecnologias que estimulem a operação de redes de atenção à saúde, escolas com suporte para formar os trabalhadores de saúde, bem como territórios de vida fortalecidos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge, portanto, para contribuir com a produção desses espaços e de sujeitos mais solidários, à medida que se propõe a reorientar o processo de trabalho do profissional de saúde, buscando essa reestruturação com suporte na análise dos determinantes sociais, culturais, de valores, de conceitos que convergem para uma prática em saúde orientada pela integralidade e humanização. Silva e Egry (2003) defendem o argumento de que o ensino-aprendizagem alicerçado em competência pressupõe saberes intensamente trabalhados, para que possam ser mobilizados de acordo com as situações complexas e imprevisíveis, ou seja, não seria possível formar competências por meio de um currículo que privilegiasse apenas a transmissão de conteúdos, sem promover situações em que esse conhecimento seja empregado em contextos vividos.

No centro desta discussão, o conceito de formação e competência se encontram. Apesar da grande diversidade de concepções, a noção de competência tem ligações tanto com o mundo do trabalho quanto com a educação, o que decorre de variadas visões teóricas. Perrenoud (1999a) define competência como a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, com apoio em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Para o autor, a competência busca responder às necessidades do mundo contemporâneo;

perfaz-se na formação, mas também nas distintas situações do trabalho. Para desenvolvê-las, há necessidade de uma elaboração curricular que possibilite o desenvolvimento de um perfil profissional em que conhecimentos, habilidades e atitudes se articulem com o contexto da prática profissional (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de atributos cognitivos (conhecimentos), psicomotores (habilidades) e afetivos (valores) que, quando combinados e perante uma situação concreta relacionada à prática profissional, permitem a tomada de decisão eficiente e eficaz que caracteriza a ação competente (PERRENOUD, 1999b).

Nessa abordagem, a competência é concebida como o conjunto de saberes, habilidades e atitudes que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somados à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em variadas situações profissionais. Esse marco conceitual aproxima-se muito do que os australianos definem como abordagem integrada, ou com a definição proposta por Zarifian (1996), em que relaciona inteligência prática, responsabilidade, autonomia, cooperação e disposição comunicativa.

Para o Ministério da Saúde, a noção de competência está referida ao cuidado, em sua dimensão ética, uma vez que a produção e a prestação dos serviços de saúde têm como características fundamentais o acautelamento dos riscos e o resguardo do direito à vida com qualidade (BRASIL, 2000).

Considerando todo o contexto descrito, a formação para o SUS e a necessidade de analisar a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família, este estudo investigou as potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na contribuição ao desenvolvimento de competências essenciais ao profissional de saúde.

DAS TRILHAS PERCORRIDAS

Estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Adotou como cenário o Município de Fortaleza, mais especificamente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) desse município, que tem como objetivo a integração ensino, serviço e comunidade nas equipes de Saúde da Família para a reorganização da Atenção Primária em Saúde.

As atividades da Residência ocorrem, primordialmente, nas redes de unidades próprias da ESF. Teve este estudo como campo empírico as Unidades de Atenção Primária à Saúde das secretarias regionais que contam na equipe de saúde da família com profissionais egressos da RMSF.

Os participantes foram escolhidos intencionalmente pelas suas experiências em relação ao aspecto de interesse, ou seja, os egressos da RMSF do município de Fortaleza. O critério de inclusão desses profissionais na pesquisa foi estabelecido tomando por base os participantes que responderem a dois pontos importantes: continuaram trabalhando em uma ESF no município de Fortaleza, por no mínimo 12 meses após a conclusão da RMSF, ou, após o término da RMSF, assumiram algum cargo (gestão) em que suas atividades estivessem diretamente ligadas à Saúde da Família municipal por, também, no mínimo, 12 meses. Os critérios utilizados para exclusão foram: profissionais em período de férias, licença saúde/maternidade/prêmio ou que não residiam no município de Fortaleza e aqueles que se recusaram a participar por algum motivo.

Foram entrevistados 14 profissionais, sendo enfermeiros e dentistas egressos das três turmas da RMSF, que tiveram programa financiado pelo MS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e executado pela Secretaria Municipal Saúde Escola (SMSE), nos anos de 2009 (primeira turma), 2011 (segunda turma) e 2012 (terceira turma). Para garantir o anonimato dos entrevistados, eles foram nominados como trabalhadores da saúde (TS), organizados por ordem alfabética e enumerados de 1 a 14.

Para coligar os indicadores desta investigação, a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram individuais, realizadas

no período de abril e maio de 2016. O tratamento dos dados empíricos foi orientado pela Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2010; GOMES, 2009). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), atendendo ao que determina a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e obteve aprovação conforme parecer de número 1.476.367/2016. Foram garantidos os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, além de cuidados com a integridade dos participantes (BRASIL, 2012b).

DO DESAFIO DO(S) ENCONTRO(S) DE SI: COMPETÊNCIAS DESVIANTES

Analisando as competências para atuar no SUS, desenvolvidas no cotidiano das práticas da residência, a partir da perspectiva de egressos da RMSF, verificou-se que os seguintes aspectos se sobressaem: vínculo, solidariedade, empatia, tecnologias leves, conhecimentos teóricos e trabalho em equipe.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador da saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões, sentimentos, habilidades e expectativas diferentes, pois o usuário busca a assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa da sua fragilidade (BRASIL, 2004). O vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e a cidadania, para identificar as necessidades e estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde (SCHIMIDT; LIMA, 2004). Conforme um trabalhador da saúde entrevistado refere,

Para atuar no SUS, o profissional precisa ter empatia pelos usuários e, com isso, criar um vínculo com eles, porque a prerrogativa melhor para poder trabalhar na ESF é ter esse vínculo. A Residência trabalha as questões dos problemas de saúde mais amplos quando a gente vai para o território, e para as discussões de campo que é comum para todas as categorias, sempre houve atividades geradoras de vínculo (TS 9).

A capacidade de estabelecer vínculo foi referida como competência necessária ao profissional da ESF. Essa evidência da necessidade do vínculo com a comunidade pode caracterizar mudanças no modo de agir do profissional. A Residência estimula aspectos subjetivos do perfil profissional que o SUS requer, quando estimula ações territoriais, onde a dinâmica do adoecimento ocorre, pois o contato direto com os problemas reais e as possibilidades de intervenção que existem, além de possibilitarem reflexões críticas sobre o processo saúde-doença, permitem o desenvolvimento de um modo de agir solidário por parte do trabalhador do SUS, sendo considerado como competência que pode ser desenvolvida.

Ao adentrar os núcleos familiares, entender as relações sociais que nesse território se estabelecem, ocorre a compreensão do conceito ampliado de saúde, tornando essa realidade mais tangível e mais real para esses profissionais, pela proximidade com o problema e o sofrimento do outro, fato que possibilitará um modo de agir solidário sem compartimentalização nos modos de cuidar.

[...] uma competência que destaco, importante para quem trabalha no serviço público, é a questão da solidariedade dentro dos processos de trabalho, da escuta do problema das pessoas [...]. Eu acho que são coisas importantes para se pensar na formação desses profissionais (TS 8).

A *solidariedade*, porquanto, é considerada como competência, embora não necessariamente esteja ligada a uma característica individual, mas pode ser despertada e até desenvolvida quando o profissional reconhece seu papel dentro do SUS, desde o conhecimento da dimensão da gestão do cuidado, das políticas do SUS, até da realidade de seus territórios. Como o significado de competência se refere também ao uso de um arcabouço de conhecimentos que se adquire com aprendizados e experiências para resgatá-los nas situações diversas, de modo a trazer os melhores resultados para a solução de um problema, a solidariedade surge como competência, pois é possível que o profissional de saúde desenvolva uma sensibilidade ao se

apropriar das políticas públicas e dos problemas de saúde da comunidade, para compreender a realidade dos territórios, que é complexa e envolve diversos fatores.

Ao trabalhar habilidades diversas na Residência, o profissional poderá se fazer apto a buscar, em todo o seu arsenal de conhecimentos, as atitudes mais indicadas para enfrentar os problemas da sua comunidade, destacando a solidariedade como indutora e desencadeadora dos processos, e como sentimento que pode ser produzido quando se alia conhecimento à prática de ações geradoras de mudanças.

Além da questão técnica do desenvolver da profissão, é preciso que a gente desenvolva a questão social... antes de eu entrar na residência, eu não tinha contato com esse lado meu... depois que eu entrei, essa realidade mudou, eu saí (da Residência) muito sensível às mudanças necessárias, com a capacidade de ser sensível a outras questões que não eram só clínicas, mas às questões que vão além da técnica necessária à minha profissão. Eu consegui compreender as ferramentas que posso usar, a minha atuação com os demais profissionais e, porque não falar, de outros conhecimentos que também trabalhamos na Residência (TS 2).

Os egressos referiram que a Residência trazia no seu projeto político-pedagógico um programa bem completo para o desenvolvimento de competências técnicas para o exercício das habilidades no cotidiano do trabalho, mas também diversas discussões incentivaram as reflexões com base nas várias atividades sobre essas características que vão além da técnica. Assim, o profissional que se submeteu a uma formação tão dinâmica não passa imutável por todo esse processo, que movimenta emoções e sentimentos variados, ao permitir se aproximar do lugar do outro com as angústias e sofrimentos vivenciados, sendo essa a principal diferença para os demais cursos de especialização.

Considero que a empatia com a população é uma competência e também uma característica que o profissional precisa ter

e, para isso, é necessário ver como a população vive, os sofrimentos e necessidades dela. É uma sensibilidade que vai muito além de uma competência técnica, e o profissional que se dispõe a trabalhar na ESF tem que ter. A partir daí, acho que é possível desenvolver outras competências e outras habilidades, como a capacidade de trabalhar com o inesperado (TS 4).

O perfil do profissional que se deixa afetar pelos problemas da comunidade é fundamental, porque é um trabalho diferenciado, caso contrário você vai reproduzir aquele trabalho clínico assistencial que você trouxe da formação. Se você não tiver um perfil de se deixar afetar pelo problema do outro, de se envolver com as questões da comunidade, de participação social que eu acho fundamentais, você não vai ser o profissional que o SUS exige, você não vai dar conta (TS 6).

A *empatia*, por conseguinte, seria outra competência indispensável ao trabalhador do SUS, e que consiste em compreender sentimentos e emoções, em saber ouvir o outro, sentir a dor e o sofrimento, ao tentar aproximar-se desse lugar, investindo na experimentação do que ele sente, despertando a vontade de ajudar e de agir, para contribuir nas tomadas de decisões. Necessita de um envolvimento e uma identificação com os problemas do outro e, mais uma vez, o estabelecimento de vínculo com a comunidade faz emergir a empatia, não como um sentimento de dó e de caridade, mas de um envolvimento capaz de ensejar esforços para com a população usuária e encontrar as soluções de problemas identificados. Os recursos para a tomada das decisões podem resultar de um processo formativo que questionou essas situações, possibilitou reflexões diversas, aliou o conhecimento às atitudes e disponibilizou a teoria para ser efetivada nas práticas em saúde.

A empatia proporciona experimentar visões diferentes e, assim, aceitar a diversidade entre as pessoas para romper preconceitos e exercitar a tolerância, fundamental para efetivar atitudes solidárias por parte dos profissionais de saúde.

A sensibilidade, eu acredito que possa ser aprimorada, não tenho certeza se desenvolvida, mas talvez despertada e

com o tempo melhorada. Eu não acredito que a Residência tenha a capacidade de transformar da água para o vinho o profissional que não tenha esse perfil mais sensível, tanto é que só pleiteia a vaga na Residência quem já tem um pouco desse olhar menos restrito e diferenciado, mais sensível às causas sociais e ao coletivo, essa sensibilidade mais ampliada (TS 1).

Portanto, essa aproximação com as realidades vivenciadas foi descrita como produtora de uma visão ampliada dos problemas, capaz de proporcionar um olhar mais crítico para os processos instituídos e, assim, questioná-los. A aprendizagem por meio da problematização da realidade e o trabalho em equipe são grandes potências das residências multiprofissionais em saúde.

Quanto às características indispensáveis ao trabalhador de saúde, são as de atitude profissional afetiva, humanizada, compromissada, sensível, solidária, comprometida, flexível, responsável e acolhedora. Um dos entrevistados considera que essas são características pessoais relacionadas com a personalidade do profissional, a ele peculiares, e supõe que é esse perfil mais humanizado dos profissionais que os conduzem a procurarem a Residência para suprir as grandes lacunas deixadas pela graduação, e não o contrário.

Os demais egressos, no entanto, consideram que a Residência é indutora de um perfil profissional mais solidário e com características de maiores subjetivações, para assumir atitude criativa e reflexiva, não sendo um atributo inerente ao profissional.

De acordo com Ceccim (2005), efeitos de subjetivação emergem das atividades de Educação Permanente, por meio das problematizações aos modos de pensar, agir, perceber e interpretar, e esse movimento engendra processos de aprendizagem significativa da invenção de si. Aquele que aprende reinventa-se aos seus coletivos e às suas instituições. O autor afirma, ainda, que os processos de subjetivação impõem a invenção incessante de novas maneiras, os modos de ver, dizer e julgar que aprendemos como verdadeiras ganham novas composições, outras perspectivas.

A elaboração de conhecimentos é um processo inacabado, cabendo aos processos formativos produzir campos de estudo para o contexto

social, com o objetivo de fomentar as subjetivações e, conseqüentemente, as competências necessárias à tomada de decisões e à conquista de autonomia para transpor as fronteiras necessárias à gestão do cuidado. É possível associar essa metodologia ativa, potente, que também permite processos de subjetivações, e os encontros produzidos pela Residência às transformações do agir do profissional do SUS para cumprir as exigências e as responsabilidades de produzir saúde e qualidade de vida para as pessoas. É necessário que a formação para os profissionais avance além da técnica e aborde as tecnologias das relações, incorporando competências socioemocionais e destacando a adoção das tecnologias leves para ajudar na resolução das complexas situações no cotidiano do trabalho na ESF.

Essa habilidade de você poder chegar, olhar, falar com as pessoas e saber a realidade das pessoas, o que elas sentem, para depois articular, para buscar soluções para aquele problema com o resto da equipe, esse é o grande legado da Residência [...] as possibilidades do uso das tecnologias leves, se sentindo à vontade com essa nova tecnologia apresentada (TS 3).

A compreensão do uso das *tecnologias leves* pelo profissional de saúde em suas práticas é considerada como competência que a Residência trabalhou para potencializar as ações em saúde. A extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos constitutivos da produção da vida e não são trabalhados na tentativa de compreender as situações para enfrentá-las, fato que leva a uma ação do profissional centrada em procedimentos, sem interesse pelo outro e por via de uma escuta empobrecida, perdendo sua dimensão cuidadora, sua potência e sua eficácia (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Em contrapartida, a Residência procura incentivar o encontro trabalhador de saúde e usuário mediante a escuta, o estabelecimento de vínculos, o interesse que surge dessa relação de confiança para ampliar a visão além do corpo biológico. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), a mobilização e o compartilhamento dos saberes adquiridos em vivências concretas, além da valorização do saber do outro, ampliam e enriquecem as possibilidades de

compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

Assim, no território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo podem ser expressos como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de uma só explicação para os desconfortos e sofrimentos. Reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua vida, portador de necessidades, desejos e valores, é situar o seu saber a serviço do arranjo que fique adequado com as singularidades daquele usuário para conduzir sua vida, e produzir qualidade de vida e saúde para essas pessoas.

A Residência, ao dedicar uma carga horária para a discussão de *conhecimentos teóricos*, não minimiza ou descarta a importância dos atributos cognitivos para a intervenção ampliada desse profissional na saúde; e vai além, ao produzir discussões sobre as políticas de saúde para embasar os conhecimentos técnicos e teóricos que também integram o arsenal de competências necessárias ao profissional do SUS.

Existe uma amplitude de intervenções que exigem desde a intervenção no aspecto político até a intervenção nas terapêuticas para o usuário, de acordo com as necessidades identificadas, então isso exige que se tenha uma visão ampliada do que representa o cuidado em saúde, do que representa as políticas do SUS, e a Residência realmente precisa garantir a formação de um trabalhador da saúde consciente de sua responsabilidade para a garantia de uma atenção ampliada à saúde [...] tivemos muitas discussões sobre isso na minha turma (TS 7).

Segundo Foucault (2012), o pensamento surge como desterritorializador do trabalho e da formação, potencializando a aprendizagem ao rever conceitos, práticas e valores já instituídos na sociedade. Atributos cognitivos são desenvolvidos com suporte em um processo que está além da aquisição de conhecimentos, englobando também outras competências que sejam capazes de impulsionar a tomada de decisão.

De tal modo, as informações captadas são percebidas, processadas, sujeitas a uma interpretação pessoal, uma vez que são influenciadas pela visão de mundo de cada sujeito, compreendidas e armazenadas na memória para

serem recuperadas em momento oportuno, quando o julgamento de situações necessitar recorrer a essas informações aliadas a outras habilidades para a superação das questões identificadas.

Além do desenvolvimento das competências relacionadas à cognição, destaca-se a compreensão da qualidade política, que se traduz na capacidade de intervenção crítica das pessoas em situações históricas, amparada pelo conhecimento inovador e pela participação dos sujeitos. A participação refere-se à repolitização das práticas em seus múltiplos espaços, com poder de decidir, argumentar, elaborar projetos próprios de desenvolvimento. A intensidade da qualidade política é feita criativamente no cotidiano, por intermédio do conhecimento (PIRES, 2001).

São muitas as discussões nos espaços de Residência sobre o perfil fundamental ao profissional para atuar na ESF, não é o de um profissional cujo perfil está voltado para a clínica privada ou para o hospital que vai conseguir se implicar ou se identificar com o trabalho na ESF... eu gosto muito da expressão determinação social da saúde, porque a discussão amplia a visão, porque traz a discussão de todo o contexto histórico de formação cultural até de ordem econômica, de que forma o país, organiza suas políticas econômicas e como esses fatores influenciam na saúde das pessoas, e para compreender todas essas questões, é preciso ser um profissional com um perfil que se afete por essas questões (TS 6).

A dificuldade de ouvir as demandas dos usuários e de tratá-los como sujeitos, com desejos, sofrimentos, crenças e temores, é causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e usuários. Muitos profissionais parecem temer a lida com o sofrimento. Assim, escolhem direcionar a atenção apenas para a doença. Esses profissionais se concentram no aspecto biológico das doenças para a compreensão dos problemas trazidos pelos usuários, afastando-se da responsabilidade no cuidado integral ao paciente. As necessidades de saúde relacionadas às más condições de vida sugerem um entendimento ampliado que considera a determinação social do processo saúde-doença. A última fala dos atores entrevistados neste estudo expressa a ampliação dos modos de cuidar, bem como as limitações que temos

como profissionais de saúde e o reconhecimento de que é impossível resolver todos os problemas de saúde dentro do nosso núcleo profissional de trabalho.

A Teoria da Determinação Social baseia-se no materialismo histórico e dialético, e atrela a causa do comportamento do processo saúde-doença à maneira como a sociedade se organiza para a constituição da vida social. Estabelece a categoria classe social como principal de análise, porque julga que essa tem a capacidade de expressar as diferenciações na sociedade desde o local onde o sujeito está na produção da vida material (FONSECA, 1997).

Entender o processo saúde-doença em sua dimensão social, relacionando o modo como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer, leva à superação do paradigma funcionalista para um olhar ampliado do trabalho em saúde como prática social, que faz parte da sociedade, e tem uma articulação macroestrutural com os processos políticos, que traçam as políticas públicas sociais e de saúde (SCOREL, 1999).

Essa reflexão deve ser o reconhecimento da complexidade da vida e da saúde, o rompimento de dogmas, a reconfiguração de paradigmas, a reconceitualização da atenção à saúde como cuidado e não apenas atendimento e seleção de perspectivas com as quais se aposta na qualidade do sistema de saúde (MARQUES, 2011). Portanto, aos residentes e profissionais deverá haver o incentivo para uma reflexão a fim de redimensionar o significado do trabalho em saúde ante os determinantes sociais e, conseqüentemente, as responsabilidades sociais de que o profissional de saúde precisa ter consciência, evidenciando o olhar ampliado sobre as necessidades em saúde, observadas e sentidas no encontro com o outro.

O *trabalho em equipe* multidisciplinar pode revelar a trilha da interprofissionalidade e ampliar a capacidade de intervenção, pois permite o aperfeiçoamento dos conhecimentos trazidos pelos profissionais, propiciando trocas mais ricas e novas modalidades de entendimento da ação como profissional de saúde, permitindo ir além dos limites de antigos paradigmas eternizados em muitas academias ainda nos dias atuais.

Em relação às competências, habilidades e atitudes seria saber trabalhar em equipe, o trabalho multidisciplinar em equipe, a interdisciplinaridade, a colaboração entre os saberes, e a partir daí como lidar com isso que ultrapassa o saber disciplinar de cada categoria profissional, e que o profissional consiga, a partir dessa articulação com a equipe, estabelecer um cuidado integral para aqueles pacientes e famílias que eles acompanham nos territórios (TS 6).

A proposta de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, oferecida no âmbito das RMSF, parte da premissa de que o campo da Saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, pois os espaços terapêuticos, de cuidado e escuta, somente são definidos pelo encontro e relação dos diversos agentes implicados na produção do cuidado, profissionais, usuários e educadores. Isso sustenta a compreensão de que as situações de problemas de saúde encontradas cotidianamente não são resolvidas individualmente por nenhum trabalhador de saúde: todo profissional de saúde é coletivo, mesmo quando atuando sozinho, pois a terapêutica requer interação de subjetividades e saberes (PIRES, 2001). Assim, ao pensar em equipe interprofissional, supõe-se, portanto, alcançar a lógica de coletivos para o fortalecimento de práticas consistentes dentro da equipe, orientadas para maior resolubilidade dos problemas de saúde da população. O trabalho em Equipe de Saúde é acionado pelas várias categorias profissionais, reunindo práticas anteriormente fragmentadas para uma abordagem potencialmente integralizadora da atenção cada vez mais complexa.

Na Residência foi fundamental o trabalho multidisciplinar, e ir além, a partir da compreensão do processo de humanização, da inovação tecnológica de que o SUS precisa daqui por diante. É essa integração dos profissionais, e lógico, sendo permeada pela questão da humanização, ao pensar que se tem investido muito na tecnificação da saúde, dos procedimentos e protocolos, e a gente tem esquecido esse componente importante do trabalho interdisciplinar (TS 8).

A importância do trabalho multidisciplinar para potencializar as ações na ESF foi bem referenciada. Também destacada a interdisciplinaridade para a

busca da superação da fragmentação do saber. A interdisciplinaridade conduz à transdisciplinaridade e perpassa um campo comum entre as profissões para a integração dos saberes, de modo a se romper as fronteiras do conhecimento. A produção do conhecimento precisa acontecer integrada com as vivências para produzir sentidos e significados. A interdisciplinaridade é, portanto, citada como caminho para diminuir a fragmentação do cuidado em saúde, e, assim, enfrentar com maior resolubilidade os problemas identificados para alcançar a integralidade. A Residência aposta nas potencialidades que afloram desse encontro entre residentes de diversas categorias profissionais, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, preceptores, tutores e usuários, para ressignificar os processos de trabalho nos serviços de saúde e produzir mudanças significativas de práticas de cuidado.

SEM FINS? DOS DEVIRES DO TRABALHO NA APS

Este estudo buscou analisar as competências necessárias para o trabalho em saúde na atenção primária do SUS por meio da formação na modalidade da Residência Multiprofissional e verificou que uma *práxis* solidária num plano crítico, pautada no autogoverno do profissional em seu processo de trabalho vivo, intelectual e artesanal, reposiciona-o como agente de mudança em suas relações com o mundo: não um humano abstrato e desligado do mundo, nem um mundo como realidade ausente, reforçado pelos laços entre humanos como pessoas em coletivo e comunidade. O cuidar do outro transforma ato em atitude: ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento (FRANCO, 2007).

Os desafios das Residências Multiprofissionais vão além de formar profissionais, é necessário transformar práticas para que os profissionais de saúde compreendam seu papel no contexto do SUS e reconheçam sua importância na construção diária do nosso sistema público de saúde. Assim, a pretensão da RMSF é preparar um caminho dentro de uma perspectiva social, que, ao inserir o profissional no âmbito dos serviços, consiga fazer emergir *competências* que irão promover resultados efetivos sobre uma realidade que se pretende transformar, a fim de responder às reais necessidades da população,

que vão muito além do olhar sobre a doença.

Competência, que aqui ressaltamos no âmbito da RMSF, está ancorada em uma concepção dialógica. E refere-se à responsabilização no ato de cuidar, de desenvolver a criatividade em um trabalho, de comover-se com o sofrimento do outro, de ter atitudes acolhedoras. Isso ocorre no processo educacional da residência e é estimulado pelo trabalho em equipe, pela problematização do cotidiano. Portanto, o programa da RMSF não pode garantir práticas humanizadas do profissional de saúde sem pensar em uma formação que estimule a necessidade da compreensão de si mesmo e a relação com o outro, do respeito às diferenças, das relações de afeto e sentido que se estabelecem, dos processos desejantes desencadeadores de transformações, das perspectivas no campo da micropolítica, de sua inserção como profissional comprometido com a saúde da população, do exercício de colocar-se no lugar do outro, percebendo a necessidade de desenvolver habilidades emocionais e compreender a dimensão das subjetividades no ato de cuidar, na qualidade de profissional de saúde formado para a integralidade e complexidade do cuidado. Há, no entanto, um reconhecimento de que não é preciso apenas desenvolver competências diversas, mas utilizar-se de todo o arcabouço de habilidades, atitudes, sentidos e comportamentos estabelecidos em competências, de modo a responder às demandas que cada situação poderá exigir, de sorte a produzir as ações mais favoráveis e resolutivas possíveis para ofertar cuidado integral em toda a sua dimensão de sentidos mais amplos. Ao propor caminhos e situações, a RMSF pode permitir, para o profissional que se empenha em vivenciar a trajetória de encontros e desafios no SUS, a constituição de experiências motivadoras e transformadoras a partir dessas ações e reflexões.

REFERÊNCIAS

BARROS, M.; GOMES, R. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal rev. psicol.*, v.23, n.3, p. 641-658. 2011.

BRASIL. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/ PROFAE**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/scc_referencias_conceituais.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BRASIL. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

CECCIM, R. B. Réplica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p. 161-177. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100016>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-

doença da mulher brasileira. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p. 05-13. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000100002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 02 de fev. 2016.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 262-277.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

GOMES, R.A. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes; 2009, p. 79-108.

JAEGER, M.L.; CECCIM, R.B. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MARQUES, C.M.S.; EGRY, E.Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.187-193. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100026> Acesso em: 25 maio 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 2974.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303-360.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Soc.**, v.19, n.4, p.814-827. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009> Acesso em:

20 de fev. 2016.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed; 1999a.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999b.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.

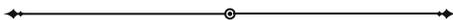
PIRES, M.R.G.M. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil**. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília; 2001.

SCHIMIDT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso em: 16 mar. 2016.

SILVA, C.C.; EGRY, E.Y. **Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população**: desafio ao educador de enfermagem. São Paulo: Escola Enfermagem USP, 2003. p. 11-16.

ZARIFIAN, P. **O Modelo da competência e suas consequências sobre os ofícios profissionais, seminário internacional educação profissional, trabalho e competências**. Rio de Janeiro: CIET, 1996.

ITINERÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL



Marcos Aguiar Ribeiro
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

INTRODUÇÃO

O movimento de transformação da formação em saúde precisa se ancorar em concepções e práticas pedagógicas que promovam significativas conexões com o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o desenvolvimento de competências que tenham como referência a educação e *práxis* interprofissional.

Neste sentido, encontram-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) que se configuram como processos formativos na modalidade de pós-graduação *lato sensu* e promovem a educação pelo trabalho a partir da integração ensino-serviço-comunidade e inserção dos residentes de diferentes categorias profissionais na rede de atenção à saúde (ARRUDA *et al.*, 2018).

As RMS representam um importante convite para a formação de profissionais para o SUS. Neste processo, não se pensa apenas no “ser profissional”, mas no “ser sujeito histórico”, ou seja, um sujeito que se afeta e se implica com os processos sociais e profissionais vivenciados na residência, com a transformação da realidade e com o enfrentamento dos desafios do cotidiano do SUS (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008; TORRES *et al.*, 2019).

No Brasil, a RMS surgiu pela primeira vez em 1978 por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, mais especificamente na Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo. A RMS da Unidade Sanitária Murialdo tinha o propósito de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil crítico

e humanista e com o desenvolvimento de competências para uma atenção resolutiva e coerente com as necessidades de saúde da comunidade. A partir da década de 1990 começam a surgir diferentes programas de RMS no Brasil com projetos políticos e pedagógicos que consideravam aspectos relativos à promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento (BRASIL, 2006).

Em Sobral, no interior do estado do Ceará, a primeira turma de residência iniciou-se em 1999 com financiamento próprio e contou com a participação de 64 residentes médicos e enfermeiros, que se encontravam inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral. A primeira turma teve como objetivo preparar e ressignificar o trabalho dos profissionais da ESF tendo como ênfase a promoção da saúde. A segunda turma iniciou-se em 2001 e contou com 59 residentes de diversas categorias profissionais (JUNIOR *et al*, 2008).

Em âmbito nacional, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família no ano de 2002, com financiamento do Ministério da Saúde (MS) e com formatos diversificados, todavia dentro da perspectiva de trabalho integrado e colaborativo entre as categorias da saúde (BRASIL, 2006). Sobral participou deste processo de financiamento, em que foram fomentadas 25 bolsas. Nesta terceira turma de residência de Sobral ampliou-se o processo seletivo, de modo que os estados do Ceará, Piauí, Maranhão, Paraíba, Minas Gerais e Rio Grande do Sul foram contemplados.

A partir de 2003, no Brasil, houve uma maior interlocução entre Educação e Saúde, por meio da intencionalidade do Governo Federal em incentivar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas a garantir a integralidade do cuidado na formação em saúde. Ressalta-se, ainda, que neste mesmo ano é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS a partir do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, com o objetivo de formular políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012). Deste modo, em 2005 foram publicadas a Lei 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.117, que instituem a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde

(BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

Nesta perspectiva, as RMS têm como objetivo articular os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se relacionam com os contextos de vida, trabalho e com o cuidado à saúde dos usuários do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, a formação de profissionais para o SUS precisa considerar as concepções de saúde, educação e trabalho, de forma a possibilitar mudanças orgânicas nos trabalhadores, no setor saúde e, conseqüentemente, na *práxis* profissional e na atenção aos usuários (SILVA *et al*, 2015)

A partir de então, apresenta-se uma reflexão teórica acerca dos itinerários para o desenvolvimento de competências interprofissionais para a gestão do cuidado no processo formativo de programas de Residência Multiprofissional.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS

O conceito de competência vem se resignificando ao longo dos anos, passando de uma linha comportamentalista/behaviorista, fortemente utilizada na formação de técnicos, para uma abordagem dialógica e construtivista, em que se articulam recursos cognitivos, afetivos e psicomotores (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Deste modo, as competências configuram-se como um conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber ser/ agir), sendo estas características ou requisitos capazes de produzir efeitos de resultado e/ou solução de problemas, qualificando os profissionais para o trabalho frente a situações diversas, de forma eficaz, em determinado contexto (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001; FLEURY; FLEURY, 2001; ZABALA; ARNAU, 2010).

Entende-se com isso que, o desenvolvimento de competências proporciona benefícios tanto para o sistema de saúde, como para os trabalhadores e usuários, à medida que os objetivos do sistema de saúde estão relacionados com a melhoria da qualidade dos seus serviços e ações (FURUKAWA; CUNHA, 2010). Nesta perspectiva, a construção e desenvolvimento de competências configuram-se como importantes instrumentos de aperfeiçoamento profissional (NOGUEIRA; CUNHA, 2018).

No contexto das RMS, o desenvolvimento de competências precisa considerar saberes e práticas de núcleos e de campos. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e/ou prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e/ou profissão buscam a colaboração teórica e prática (CAMPOS, 2000).

Essa colaboração interprofissional na RMS configura-se como uma estratégia de trabalho em equipe, em que residentes de diferentes categorias profissionais convivem em um espaço comum e desenvolvem a clínica ampliada, a partir de um processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a qualificação da produção do cuidado em saúde (D'AMOUR *et al*, 2005; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) corroboram ao refletir os determinantes da colaboração, a saber: Determinantes Interacionais: confiança mútua, respeito, comunicação e disposição para colaborar; Determinantes Organizacionais: estrutura, valores e princípios, apoio institucional e mecanismos de comunicação; e Determinantes Sistêmicos: políticas e organização profissional.

Neste sentido, a práxis colaborativa na RMS implica no desenvolvimento de competências interprofissionais, que consistem nas práticas de um saber “comum de dois”. Deste modo, reconhece-se “o comum”, uma vez que as fronteiras interprofissionais “do comum” também indicam novas demandas de conhecimento para as profissões (CECCIM, 2018).

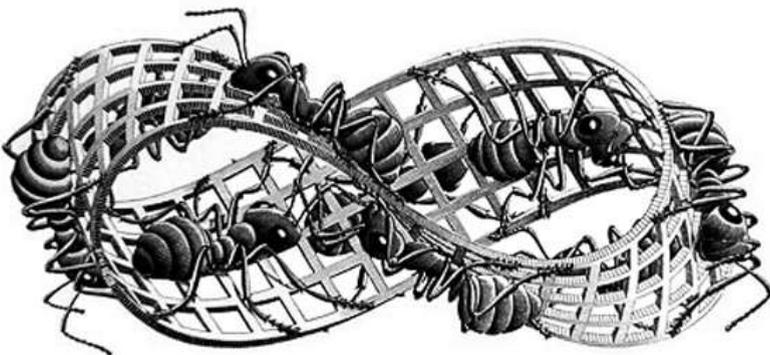
As competências para a prática interprofissional colaborativa envolvem a comunicação interprofissional, o cuidado centrado no usuário,

família e comunidade, a clareza dos papéis profissionais, a dinâmica de equipe, a resolução de conflitos e a liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Assim, a experiência é aprendizagem e aprender e experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que promovem afetações. Assim, o cotidiano formativo das RMS deixa marcas, ou seja, estados inéditos que se produzem no corpo a partir das vivências no SUS. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo (ROLNIK, 1993). Com isso, toda essa afetação só é possível a partir de um olho vibrátil e um corpo sensível aos efeitos dos encontros e suas reações (ROLNIK, 2007).

Essa afetação remete à fita de Moebius II (Figura 1), desenvolvida por Mauritus Cornelis Escher (1898-1972) que construiu uma vasta obra gráfica, sobretudo em xilografia e litografia, a partir de conceitos matemáticos. Na fita de Moebius recriou-se uma faixa desenvolvida pelo matemático alemão Augustus Möbius (1790-1868), um espaço topológico obtido a partir da colagem de duas extremidades de uma fita após efetuar meia torsão numa delas. Em Fita de Moebius II, Escher inseriu nove formigas que, aparentemente, circulam pelos dois lados da fita, como se esta tivesse apenas uma superfície (ROQUE, 2013).

Figura 1 - Fita de Moebius II – Maurits Cornelis Escher (1963)



Fonte: ROQUE (2013)

Oliveira e Fonseca (2006) refletem que esta arte demonstra o paradoxo entre o exterior e o interior, o dentro e o fora, ou seja, as imagens sem início nem fim representam a impossibilidade de construir o dentro e o fora separadamente, uma vez que, quando se pensa que se está fora, já se está dentro e vice-versa.

Neste contexto, pode-se construir uma analogia da Fita de Moebius II com a formação da RMS, uma vez as formigas que circulam pelos dois lados da fita representam os residentes que circulam saberes e práticas de núcleos e de campos. Assim, o SUS representa uma única superfície, sem início ou fim, de encontro de diversas categorias profissionais que se desenvolvem dialogicamente por meio de competências interprofissionais.

Desta maneira, cada vez mais se coloca em pauta a necessidade da integração entre os diversos profissionais, para que estes possam inventar e reinventar maneiras de atuar de forma colaborativa e interprofissional, proporcionando a qualificação e integralidade da atenção aos usuários do SUS (AMARAL *et al*, 2018).

DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

A gestão do cuidado em saúde consiste no provimento ou a disponibilidade das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada usuário, em diferentes momentos de sua vida, visando a seu bem-estar, segurança e autonomia. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões, imanentes entre si, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

Nesta perspectiva, a gestão do cuidado demanda planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (MENDES, 2012).

No processo formativo da RMS, faz-se necessário percorrer cada dimensão da gestão do cuidado a partir de vivências, práticas e experimentações no cotidiano do SUS. A Figura 2 apresenta o modelo de Gestão do Cuidado na RMS, de modo que as dimensões interagem entre si e complementam-se em um movimento que promove ressignificações na formação do residente e qualificação da atenção aos usuários.

Na dimensão individual, o residente vivencia de forma significativa o encontro com usuários do SUS. Deste modo, transversalmente ao processo de cuidado é necessário o reconhecimento das singularidades do sujeito a partir do acolhimento, da amorosidade e de uma escuta sensível e qualificada.

Nesse sentido, a singularidade constitui-se como a essência do projeto terapêutico, uma vez que representa o locus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (SILVA; FONSECA, 2005)

Além disso, ainda na dimensão individual, o residente desenvolve atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação, por meio de atividades individuais e grupais que têm como pressuposto a concepção de Clínica Ampliada. Assim, o processo formativo da residência configura-se como um meio e processo para a construção colaborativa e interprofissional de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), consultas, interconsultas, abordagens em grupos operativos, entre outros.

Essa concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes precisa considerar a articulação sinérgica entre saberes técnicos e populares, de maneira que a clínica ampliada se constitui como a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Nesta perspectiva, consiste na compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (CAMPOS; AMARAL, 2007; CARNUT, 2017).

Neste ínterim, o residente precisa desenvolver a autonomia e

participação dos usuários no processo do “cuidar de si”, no sentido de que cada usuário pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas e participando como protagonista do seu cuidado (CECILIO, 2011).

Figura 2 - O modelo de Gestão do Cuidado na Residência Multiprofissional em Saúde. São Paulo, Brasil (2019).



Fonte: Própria.

Na dimensão familiar, o residente vivencia a família em seus contextos de vida e trabalho, a partir de visitas domiciliares, atendimento domiciliar e utilização de ferramentas de abordagem familiar. Neste sentido, atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais (BRASIL, 2000; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2001).

Na dimensão profissional, os residentes vivenciam rodas de categoria, rodas de equipe, vivências teórico-conceituais, vivências no território/serviços

de Saúde, grupos de estudo (JUNIOR *et al*, 2008). Com isso, o processo formativo produz tensionamentos e reflexões transformadores, de maneira que a residência se constitui como um processo intenso de educação pelo trabalho e educação permanente, uma vez que os residentes constroem ativamente e ressignificam sua formação a partir da resiliência, comprometimento e envolvimento com os desafios do cotidiano do SUS.

A formação do residente exige aperfeiçoamento contínuo por meio da busca permanente de conhecimentos e da identificação de espaços de aprendizagem possibilitados pelo compartilhamento de saberes e experiências entre os diversos profissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Na dimensão organizacional, os residentes desenvolvem o trabalho em equipe, o planejamento, organização, cogestão, bem como estratégias de discussão de casos e desenvolvimento colaborativo de planos terapêuticos, a definição de fluxos, protocolos, agendas e demais dispositivos ou tecnologias.

Nesta dimensão da gestão do cuidado depende-se da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder (CECILIO, 2011). Neste contexto, a diversidade “(trans)forma” o residente e contribui na construção de competências fundamentais para a colaboração interprofissional.

A dimensão sistêmica envolve o reconhecimento da relevância da conformação de linhas de cuidado e compartilhamento do cuidado em rede, com vistas a garantir uma atenção integral e longitudinal aos usuários do SUS.

Desta maneira, o cuidado precisa ser centrado no campo de necessidades dos usuários e pressupõe o uso de tecnologias leves, o projeto terapêutico adequado, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório (MALTA; MERHY, 2010).

Ainda nesta dimensão, são estimuladas a aproximação e a articulação de parcerias intersetoriais. Torna-se essencial que o residente participe no incentivo e no apoio a ações comunitárias, na articulação intersetorial para efetivar ações de promoção da saúde, na socialização de informações para o

fortalecimento da saúde e da vida em todos os contextos sociais (domicílio, escola, trabalho, comunidade) e no estreitamento dos vínculos intersetoriais e com a comunidade, em prol da promoção da saúde e da saúde como um direito de todos (RUIZ, 2001).

Na dimensão societária, os residentes precisam desenvolver o processo de reconhecimentos dos recursos, equipamentos e instrumentos disponíveis a partir da imersão nos serviços de saúde e na territorialização.

A territorialização gera a responsabilidade sanitária no residente, ou seja, o comprometimento com o serviço e com os resultados da atenção à saúde oferecida na qualidade de vida de indivíduos, famílias e grupos destinatários do cuidado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, a formação da RMS envolve a construção de uma militância e cidadania na defesa da saúde pública, universal e do direito à vida. As diretrizes dos processos de formação para o SUS assentam-se no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, formar é necessariamente interferir, e interferir é interceder na realidade ou com ela promover relações de intercessão (PASSOS; CARVALHO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação na RMS envolve o desenvolvimento de competências interprofissionais a partir do encontro de saberes e práticas de núcleos e de campos, onde as múltiplas dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária da gestão do cuidado são desenvolvidas por meio de significativas vivências, práticas e experimentações no cotidiano do SUS, que ressignificam a formação do residente e qualificam a atenção aos usuários.

Neste sentido, as RMS representam importantes estratégias de formação para o SUS, uma vez que conhecimentos, habilidades e atitudes são desenvolvidos e ressignificados a partir de um movimento sinérgico de envolvimento e mobilização de diferentes categorias profissionais no processo de construção e defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V.F. *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1787-1797, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601787&lng=en&nrm=iso>.

ARRUDA, G.M.M.S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=p&nrm=iso>.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 1, p. 8-15, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000100002&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.117, de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.

cias. Brasília, Diário Oficial da União, Seção 1, p. 112, 2005b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm>.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso>.

CARVALHO, A.B; NEPOMUCENO, L.B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 31-7, 2008. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/29>>.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso>.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A national inter-professional competence framework**. Vancouver, Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: <https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>.

D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. **J Interprof Care**, v. 19, Supl 1, p. 116-31, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150>>.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141565552001000500010&lng=en&nrm=iso>.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600030&lng=en&nrm=iso>.

JUNIOR, T.M. *et al.* A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 23-30, 2008. Disponível em: <<https://>

sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/28>.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso>.

NOGUEIRA, V.O.; CUNHA, I.C.KO. Validação de conteúdo do perfil de competências de enfermeiros gestores de ensino superior. **Rev Cuid.** v. 9, n. 1, p. 1998-2006, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.474>>.

OLIVEIRA, A.M.; FONSECA, T.M.G. Conversas entre Escher e Deleuze: tecendo percursos para se pensar a subjetivação. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 34-38, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y.M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso>.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/nucleodesub>>.

jetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpoedevir.pdf>.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROQUE, M.I. M. C. **Lumen Veritatis: Boletim da Sociedade Científica da Universidade Católica Portuguesa**, n. 28, p. 5-6. Disponível em: <http://www2.ucp.pt/resources/Documents/SCUCP/LumenVeritatis/Lumen_28_IMP.PDF>.

RUIZ, L. **De la realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo**. In: Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2001. p.134-159. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/competencias.doc>>.

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **J Interprof Care**, v. 1, Supl 1, p. 132-147, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096151>>.

SILVA, M.C.L.S.R.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500031&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, A.L.F. *et al.* Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 975-984, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500975&lng=en&nrm=iso>.

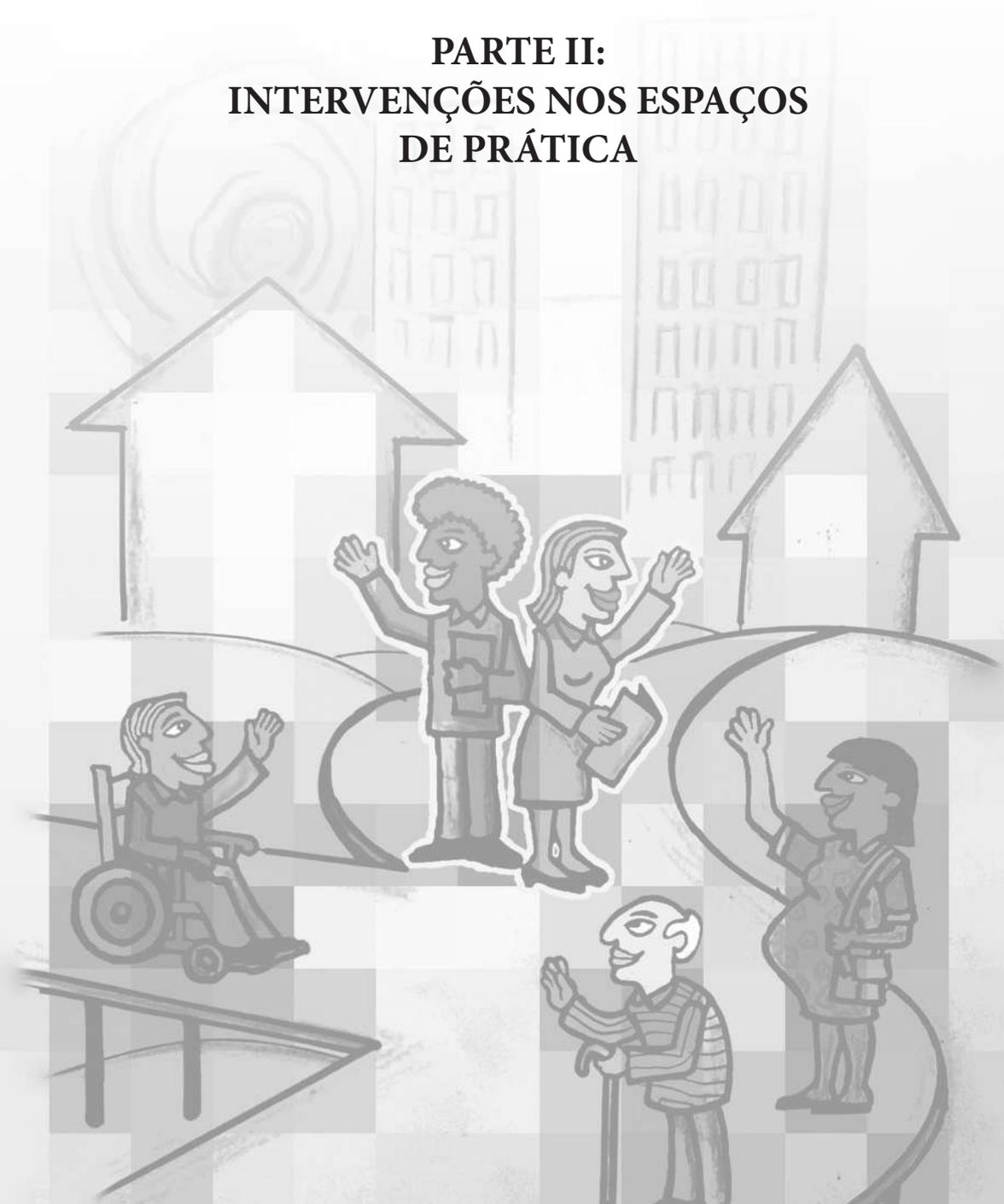
SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o

campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso>.

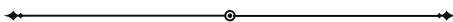
TORRES, R.B.S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170691, p. 1-16, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100206&lng=pt&nrm=iso>.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender a ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 37-42.

**PARTE II:
INTERVENÇÕES NOS ESPAÇOS
DE PRÁTICA**



SAÚDE MENTAL DA JUVENTUDE: Construindo Estratégias de Cuidado com os Jovens da Periferia



Mirna Jorjandhe Bernardino Barreto

Israel Rocha Brandão

José Reginaldo Feijão Parente

Aristides Parente da Ponte Filho

COMO TUDO COMEÇOU

O presente trabalho de intervenção e pesquisa surgiu a partir do grande número de demandas em saúde mental relacionadas ao público jovem que começou a se apresentar durante a Residência em Saúde Mental. Essas demandas estavam em um primeiro momento diretamente relacionadas à ideação e tentativas de suicídio, contudo, ao nos debruçarmos sobre elas, pudemos perceber que o suicídio era apenas o *estopim* de outras situações anteriores, às quais não haviam sido dados a devida importância e manejo em seu início. Desta forma, foram surgindo problemáticas como conflitos familiares, violência psicológica, *bullying*, questões de identidade e orientação sexual, dificuldades de aceitação de si e do próprio corpo, abuso de substâncias psicoativas, conflitos territoriais, preconceitos de variadas ordens, elevado envolvimento em redes sociais em detrimento de interações pessoais, bem como a flagrante falta de espaços onde esses adolescentes pudessem ser ouvidos, expressando suas angústias.

Diante de todo esse quadro, evidenciou-se o quanto ainda são escassos os espaços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde mental do adolescente no município de Sobral, realidade não muito diferente dos demais municípios do Brasil. Além disso, é importante salientar que o público adolescente pouco frequenta os serviços de saúde.

Desta forma, este trabalho teve como principal objetivo discutir e evidenciar possíveis estratégias e possibilidades de promoção da saúde mental dos jovens, tendo como locus privilegiado seu contexto de vida, ou seja, o espaço onde vivem. Evidencia aqui a relevância da Atenção Básica

para a implementação destas estratégias, pois tem se mostrado um espaço privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, já que, por sua proximidade com a comunidade, seus profissionais se deparam frequentemente com problemas de saúde mental, podendo ser um potente recurso estratégico para o enfrentamento destas questões, por estarem imersos no território (DELFINI; REIS, 2012).

A relevância de estudos como este fica evidente diante dos dados epidemiológicos relacionados aos problemas de saúde mental prevalentes no público adolescente. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS) apontam que foram registrados em média 3.043 suicídios por ano entre jovens e adolescentes, no período de 2012 a 2016, colocando assim o suicídio como a quarta principal causa de morte nesse grupo etário (BRASIL, 2018).

Feitosa *et al.* (2011), ao falarem também sobre dados epidemiológicos no tocante à saúde mental infanto-juvenil em termos internacionais e nacionais, trazem especial atenção para a associação entre problemas de saúde mental e o ambiente familiar, principalmente quando este é permeado por experiências negativas, abusivas e de violência. Além disso, apontam para a crescente demanda de problemas de saúde mental infanto-juvenil no Brasil diante da escassez de serviços especializados para o atendimento dessa faixa etária, somando-se a isso o fato de os profissionais de saúde possuírem pouco manejo no que diz respeito a essas demandas e enfrentarem também dificuldades para encaminhar crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico.

APROFUNDANDO O TEMA

Faz-se necessário, antes de especificar o modo como este trabalho será conduzido, falar um pouco sobre alguns conceitos importantes para o tema em estudo. Um destes conceitos é justamente o de adolescência, o ser adolescente. Saito (2008) refere-se à adolescência como uma etapa fundamental e bem definida no curso do desenvolvimento humano, a qual é marcada por

transformações físicas e psíquicas nas mais diferentes culturas. Para a autora, a adolescência aparece como resultante da interação entre os processos de desenvolvimento biológico, a saber, o processo de puberdade, fatores psicoemocionais e aspectos socioecômicos, necessariamente contextualizados em uma cultura com suas normas e valores específicos.

Durante todo o curso do século XX, foi se desenvolvendo uma noção bem definida do que seria essa fase da vida, marcada por conflitos, confusão de papéis e conturbações advindas da manifestação da sexualidade. Um importante autor que veio a institucionalizar a adolescência foi Eric Erikson, caracterizando-a como “...um modo de vida entre a infância e a vida adulta” (ERIKSON, 1976, p.128 *apud* BOCK, 2007, p. 64), quando a grande tarefa e o conflito a ser resolvido é o estabelecimento da própria identidade. Autores, seguidores de Erikson, introduziram a noção de “síndrome da adolescência normal”, caracterizada por uma série de sinais bem definidos (ABERASTURY; KNOBEL, 1989, *apud* BOCK, 2007, p.64).

Trazendo outro olhar sobre a adolescência, Bock (2007) critica esta visão universalizante e naturalizante tão disseminada pelas ciências naturais e pela própria psicologia sobre esse período da vida. Sua crítica é de que a adolescência foi entendida como uma fase da vida semipatológica, cheia de conflitos que lhe são inerentes e esperados. Sua análise crítica parte da perspectiva Histórico-Cultural em Psicologia, a qual tem como base as ideias marxistas, entendendo que o indivíduo se desenvolve a partir de sua relação com o mundo social e cultural. Nesta visão, o homem é visto como um ser histórico, constituído ao longo do tempo, pelas relações sociais, pelas condições culturais configuradas pela sociedade em que vive. Desta forma, o próprio fenômeno psicológico é histórico, resultante de um determinado padrão de relações sociais e de valores culturais dominantes:

A adolescência não é vista aqui como uma fase natural do desenvolvimento e uma etapa natural entre a vida adulta e a infância. A adolescência é vista como uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento. É um momento significado, interpretado e construído pelos homens. [...] A abordagem sócio-histórica,

ao estudar a adolescência, não faz a pergunta “o que é a adolescência”, mas, “como se constituiu historicamente este período do desenvolvimento” (BOCK, 2007, p.68).

É pertinente ainda trazer uma discussão importante nesse campo no que diz respeito ao conceito de juventude. Segundo Esteves e Abramovay (2007), existem duas linhas gerais no âmbito da sociologia da juventude: uma que considera a juventude como grupo social homogêneo, composto por indivíduos cuja característica mais importante é estarem vivenciando certa fase da vida, isso é, pertencerem a uma faixa etária. Nessa linha, são analisados os fatores mais uniformes e característicos dessa fase da vida; e outra que reconhece a existência de múltiplas culturas juvenis formadas a partir de diferentes inserções na sociedade, levando em consideração a situação socioeconômica, oportunidades, capital cultural, dentre outras condições. Por essa linha, vem se tornando cada vez mais corriqueiro o emprego do termo juventudes, no plural: “A realidade social demonstra que não existe somente um tipo de juventude, mas grupos juvenis que constituem um conjunto heterogêneo, com diferentes parcelas de oportunidades, dificuldades, facilidades e poder nas sociedades.” (ESTEVES;ABRAMOVAY, 2007, p.21).

No caso do presente estudo, além de se levar em consideração as características comuns da juventude em relação às outras gerações, não se pode esquecer também que estamos falando de uma juventude que mora na periferia, que pouco tem acesso aos centros urbanos, marcada por conflitos territoriais e em sua maioria proveniente de famílias em situação de vulnerabilidade social.

CAMINHOS PERCORRIDOS

Tipo de estudo

Dentro do campo da pesquisa-intervenção, foi utilizada a orientação da proposta metodológica da *Intervenção Pedagógica*, a qual consiste em uma abordagem de pesquisa embasada na teoria Histórico-Cultural da Atividade de Vygotsky. Essa abordagem ressalta a interconexão entre teoria e metodologias transformadoras, possuindo três fases: o planejamento, a

implementação de interferências ou mudanças e a posterior avaliação dos efeitos destas interferências. Esta última etapa possui importante destaque no método em questão, já que a partir dela é possível conferir *status* de pesquisa à intervenção, visto que na etapa da avaliação serão coletados dados com o objetivo de identificar e analisar as mudanças produzidas nos participantes (DAMIANI *et al.*, 2013).

Ainda segundo Damiani *et al.* (2013), a Intervenção Pedagógica considera a importância dos estímulos auxiliares e da mediação, que pode aqui ser compreendida como a intervenção proposta pelos pesquisadores, para a resolução de problemas em uma dada realidade social.

A Análise de Conteúdo (AC) foi adotada como estratégia de análise da intervenção, sendo caracterizada como conjunto de procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de informações (BARDIN, 2011).

Cenário, participantes e período da intervenção

Tendo como fundamento os pressupostos da pesquisa-intervenção e da Intervenção Pedagógica, o trabalho foi realizado no bairro Terrenos Novos, onde se buscou vincular com os jovens atendidos pelo Instituto Teias da Juventude (ITJ). Foram alvos da intervenção 25 jovens entre 11 e 24 anos, os quais participam regularmente das atividades desenvolvidas pelo projeto.

O ITJ caracteriza-se por ser uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que busca contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas para a juventude, bem como facilitar o acesso dos jovens a essas políticas, fortalecendo o protagonismo juvenil e implementando ações que visem à melhoria da qualidade de vida dos jovens atendidos. O ITJ desenvolve assim atividades diárias que incluem: oficinas de música, teatro, dança, além de rodas de conversas, debates, atividades de convivência e lazer, realizando também o acompanhamento sistemático dos jovens atendidos por meio de

visitas domiciliares. Foi escolhido o ITJ como cenário da intervenção por ser um espaço dentro da comunidade e do território que aglutina o público-alvo da intervenção, sendo assim mais facilitado o acesso a ele.

Foram alvo da intervenção também os profissionais do Centro de Saúde da Família (CSF) Terrenos Novos I, o qual é responsável pelo território em que a maioria dos jovens que participaram da intervenção reside. O referido CSF é composto por quatro equipes de saúde da família e conta com uma equipe composta por uma gerente, dois médicos, quatro enfermeiras, dezessete agentes comunitários de saúde, três profissionais de serviços gerais, cinco técnicos de enfermagem, quatro auxiliares administrativos e quatro vigilantes, além de contar com o apoio de uma equipe do NASF.

O critério para a participação dos jovens e profissionais foi o aceite de participação na pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os jovens menores de 18 anos, bem como mediante autorização de seus pais ou responsáveis. Na presente pesquisa-intervenção foram tomados os devidos cuidados na observação dos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, bem como serão respeitados os preceitos éticos do anonimato, da participação voluntária, tendo em vista ainda os cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes, de acordo com as determinações da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) por meio do parecer n° 2933145.

A intervenção foi realizada em encontros semanais, nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

Procedimentos da intervenção

A presente intervenção se desenvolveu nas seguintes etapas:

1. Um período prévio de três meses para vinculação com a diretoria e com os jovens do Instituto Teias da Juventude, participando de suas atividades e reuniões, momento em que foram explicitados sua proposta e objetivos.

2. A realização de 3 (três) encontros com os jovens e adolescentes participantes da intervenção, em que foram discutidos assuntos pertinentes ao campo da saúde mental. O desenvolvimento de tais encontros se deu a partir do Círculo de Cultura, metodologia coletiva, proposta por Paulo Freire, que busca a participação ativa de todos os atores envolvidos, por meio da promoção do diálogo, da autonomia e poder de crítica. Dessa forma, buscou-se superar o simples repasse de informações ou monólogos, indo em direção a um processo de transformação da realidade, produção de novos conhecimentos, modos de vida e laços solidários, em que todos aprendem e ensinam (FREIRE, 2003 *apud* BARRETO *et al.*, 2016). Os Círculos de Cultura abordaram temas presentes no cotidiano dos jovens, que possuíam relação com a saúde mental, como experiências que tiveram com amigos próximos que adoeceram, situações difíceis por eles vivenciadas, dificuldades que enfrentam nos relacionamentos e na vida pessoal, dentre outros temas. Para além disso, houve discussões sobre como se encontram atualmente a assistência e o cuidado em saúde mental voltados para a juventude, e, a partir dessas discussões, buscaram-se juntamente com os jovens possíveis soluções e estratégias de cuidado, tendo como base as demandas trazidas por eles e seus conhecimentos prévios, bem como procurou-se possibilitar que pensem criticamente e se envolvam na proposição desses cuidados. Para facilitar os momentos de discussão foram utilizados recursos culturais pertencentes ao cotidiano da juventude, temas geradores, músicas, discussões em equipes, imagens, dentre outros recursos.
3. A última etapa da intervenção foi destinada a um encontro envolvendo os profissionais do CSF. Este momento aconteceu durante a roda do serviço, onde, a partir também da metodologia do Círculo de Cultura, foi discutido o tema da saúde mental da juventude, seus desafios e potencialidades no território, bem como o compartilhamento acerca das principais demandas e necessidades trazidas pelos jovens. Ao final do encontro, foi reservado um momento avaliativo de todo o trabalho realizado a partir da proposição de estratégias pelos profissionais de prevenção e cuidado em saúde mental dos jovens, tendo como base os conhecimentos construídos

durante o círculo de cultura por eles vivenciado.

SOBRE O QUE CONSTRUIMOS JUNTOS

Primeiro Encontro: o trabalho com *emojis*

No primeiro momento de intervenção, buscamos uma metodologia capaz de funcionar como um “quebra-gelo” e dar início a um contato mais próximo com o público-alvo da intervenção. Ao mesmo tempo, o objetivo era que os jovens se sentissem mais à vontade e pudessem expressar suas emoções. Desta forma, o encontro foi dividido em duas partes, a saber: o primeiro momento “quebra-gelo” e o segundo, em que foi explicado aos participantes o objetivo da intervenção e pesquisa, bem como a leitura e explicação do termo de consentimento.

Para o momento inicial foi utilizada uma metodologia com figuras de *emojis* do aplicativo *Whatsapp*®. Tal metodologia foi utilizada devido à aproximação dos jovens com o universo das redes sociais, um importante espaço onde este público busca se relacionar e se expressar. Diante disso, foram colocadas na sala figuras de *emojis* que expressavam emoções básicas, como: alegria, raiva, tristeza, paixão e desespero; assim, foi pedido que eles se dirigissem para próximo da figura que expressasse mais como eles se sentiam naquele momento. Logo após foi solicitado que falassem um pouco do porquê haviam escolhido aquelas imagens, bem como se apresentassem. Foi interessante perceber como essa metodologia despertou o interesse dos jovens para o momento proposto, pois ao longo da intervenção foram se sentindo mais tranquilos para falar de suas experiências e sentimentos.

Durante o contato com esses jovens, ainda antes da realização da intervenção, podemos observar a dificuldade que muitos tinham de falar de si, de como se sentiam, e muitas vezes quando falavam não entravam muito em detalhes ou não sabiam explicar porque se sentiam mal. Buscando compreender melhor esse fenômeno, encontramos algumas reflexões a esse respeito:

É importante percebermos que nem sempre é apenas uma questão de não querer falar, mas de não saber ou não conseguir expressar o que sente. A nossa cultura tende a desvalorizar o que é dito pelos adolescentes. Não há muito espaço para fala e elaborações que não seja entre eles mesmos. Além de que, falar sobre si e o que sente não é tarefa das mais fáceis (SILVEIRA, 2018, p.38).

Além disso, esse processo interventivo nos deixou bastante clara a necessidade de metodologias que pertençam ao universo cultural dos jovens, que lhes despertem interesse e também que possuam um viés ativo, já que esse público tem mais facilidade de se distrair com momentos longos e monótonos. Nesse sentido, percebemos ainda nos primeiros momentos a necessidade de acima de tudo valorizar a fala daqueles jovens e também de nos familiarizarmos com assuntos, gírias, músicas e outros elementos por vezes estranhos ao universo adulto:

Demonstro interesse pelo que os adolescentes trazem de suas vivências, acolho e estou presente sem a ideia predominante de que as experiências deles são apenas preparações para um futuro adulto. Valorizo o que eles trazem, busco conhecer elementos do seu “mundo” (...) O que assistem, o que gostam de ouvir, em quais redes sociais interagem, que lugares frequentam, como estão suas relações afetivas, como se percebem e acreditam serem vistos nos papéis que ocupam (SILVEIRA 2018, p.37).

A partir da metodologia utilizada, foi possível introduzir o tema da saúde mental, das emoções e dificuldades vivenciadas pelo público. Alguns jovens falaram sobre dificuldades vividas por amigos próximos, inclusive por uma jovem, conhecida por boa parte do grupo, que havia se suicidado. Alguns comentaram que haviam ficado surpresos, pois ela parecia bem e supostamente não dava sinais de que tinha a intenção de se matar. Percebeu-se, então, que a conversa foi fluindo mais e que eles começaram a sentir-se à vontade para falarem de seus problemas, mesmo que a partir de exemplos de outros colegas:

Eu acho importante a gente falar dessas coisas, o pessoal acha que nunca vai acontecer isso de verdade, acha que tá querendo só chamar atenção, mas que não vai ter coragem... mas tá ai, aconteceu, muita gente aqui conhecia ela, a gente via que ela tava triste, mas ninguém achou que ela fosse se matar, ninguém fez nada (Jovem atendido pelo ITJ).

Podemos perceber que trazer esses temas para a discussão foi importante no sentido de despertar uma maior conscientização acerca dos sofrimentos e questões de saúde mental que o jovem enfrenta, bem como proporcionar uma maior responsabilização coletiva e política com relação a essas questões. Nesse sentido, Castro (2008) traz a necessidade da construção de uma subjetividade política, não tratando o jovem como um ser político em preparação para sua ulterior participação nas questões da vida em sociedade. Os jovens podem sim ter participações reais na vida política no atual momento de suas vidas, desde que sejam fortalecidos espaços de discussão e experiências de envolvimento e adesão às problemáticas acerca do que vai mal no seu entorno e na sociedade em geral, gerando assim ações junto com outros que busquem melhorias, emancipação e transformações:

Certamente, hoje, no Brasil como em outros países, a cultura do consumo globalizada conduz todos, inclusivamente os jovens, a uma privatização crescente da experiência, em que o importante é a fruição de prazeres ditos “privados”, como as emoções intensas relacionadas à experiências corporais e estéticas orientadas por valores como o bem-estar e a felicidade individuais, a segurança e o conforto. Contrariamente a isso, o processo de subjetivação política pauta-se por experiências que levam os jovens a interrogarem-se sobre o que está inadequado e difícil na convivência humana ao seu redor. Dessa forma, esse processo coloca o jovem frente às contradições de sua época e no encalço de outros que possam ajudá-lo a responder tais questões e a agir frente a elas (CASTRO, 2008, p. 255).

Esses relatos e discussões conduziram ao segundo momento do encontro, quando podemos expor aos jovens os objetivos daquela intervenção e da pesquisa, bem como perguntar-lhes sobre a sua disponibilidade em participar. Desta forma, procuramos enfatizar a importância do tema da saúde mental para a juventude, as principais dificuldades que o município enfrenta

pela falta de serviços que atendam o público juvenil, como o CAPSi, os altos números de suicídio e outros problemas de saúde mental que acometem os jovens. Diante disso, foi possível facilitar um processo inicial de reflexão crítica em termos mais amplos e políticos acerca do tema.

Segundo Encontro: círculo de cultura sobre saúde mental

Em nosso segundo encontro, utilizamos uma pergunta disparadora para dar início às discussões com os participantes. Foi colocada a pergunta por escrito: “o que é ter saúde mental?” no centro do grupo e solicitado que eles escrevessem o que lhes viesse à mente, sem que tivessem respostas certas ou erradas, com o intuito de levantar seus conhecimentos prévios sobre o tema.

As respostas que surgiram foram as mais variadas possíveis. Alguns participantes falaram que entendiam a saúde mental como associada ao fato de “ter pensamentos positivos”, “ter amor próprio”, “sentir-se bem consigo mesmo”, “levar a vida de forma mais leve”. Outros refletiam diretamente o estigma historicamente construído em relação às questões de saúde mental: a ideia de saúde mental como oposta à condição de “doido”, ou de pessoas que possuem “mente fraca”.

Foi possível observar que muitos jovens já vivenciaram dificuldades pessoais ou acompanharam amigos com pensamentos suicidas e com comportamentos de automutilação, possuindo um pensamento mais amplo a respeito:

Eu mesmo já ajudei uma amiga que fazia isso de se cortar, falava pra ela não fazer aquilo, eu sempre estava ali pra ela desabafar. Eu acho que tipo assim, você tem que ter empatia, porque para a pessoa que está sofrendo é difícil, ela não faz isso só porque ela quer (Jovem atendido pelo ITJ).

Falas como essa demonstram a relevância da rede de amigos como um forte fator de proteção aos riscos e vulnerabilidades a que os jovens estão expostos. A literatura mostra que os jovens consideram de suma importância o fato de terem amigos, alegando um alto grau de confiança aos pares, muitas vezes superior aos familiares e professores. Os amigos aparecem como apoio em diversas dimensões, dentre elas, apoio emocional, social, espiritual,

material e até na concretização das tarefas escolares (AMPARO *et al.*, 2008).

Concluímos esse encontro com o sentimento de que foi bastante rico o momento de discussão, pois as diversas ideias acerca da saúde mental foram expostas, confrontadas, confirmadas e complementadas, gerando assim uma construção importante sobre o tema.

Terceiro Encontro: círculo de cultura sobre dificuldades e possíveis estratégias no cuidado em saúde mental

No terceiro encontro, foram aprofundados alguns temas dentro da proposta da saúde mental da juventude. Para tanto, o grupo foi dividido em três equipes, as quais receberam uma pergunta para discutir e anotar os principais pontos tratados por cada uma delas. As perguntas foram as seguintes: “O que me faz sentir mal?”; “O que posso fazer para melhorar a minha saúde mental e a de meus amigos?”; “O que os profissionais do posto (de saúde) poderiam fazer para melhorar a saúde mental dos jovens?”

Como resposta à primeira pergunta surgiram questões ligadas a relacionamentos amorosos, conflitos familiares, situações em que aparentemente surgiram episódios de tristeza sem motivo, situações de *bullying* e preconceito racial, dentre outras questões. Durante a discussão tiveram destaque principalmente estes momentos de tristeza sem um motivo aparente, e aqueles que citaram tal situação não compreendem claramente os motivos disso, indicando talvez que muitos desses jovens não conseguem se perceber ou mesmo nomear seus sentimentos e emoções. Abrimos para a discussão como todas essas questões citadas podem ter impacto na saúde mental.

Com relação à segunda pergunta: “O que posso fazer para melhorar a minha saúde mental e a de meus amigos?”, a equipe responsável trouxe sugestões como: “conversar e interagir com as pessoas”, “dar conselhos aos amigos”, “ser empático com colegas que estejam passando por dificuldades”, “saber viver a vida de modo mais leve”, “não se estressar”. Outros também citaram o quanto a participação no projeto fez com que saíssem mais de

casa, conhecessem pessoas, evitando que ficassem “pensando besteiras” em casa. Pode-se depreender disso a importância dos projetos comunitários que reúnem os jovens, no sentido de funcionar como um forte fator de proteção diante dos riscos e também de ser uma maneira de articular a juventude em torno de interesses comuns e fortalecer o sentimento de coletividade.

Já a terceira pergunta sobre o que os profissionais da unidade básica de saúde poderiam fazer para propiciar melhoria no atendimento em saúde mental, os jovens participantes trouxeram falas interessantes: sugeriram o aumento da oferta de atendimentos psicológicos, visitas domiciliares da saúde para o acompanhamento de jovens que estão enfrentando algum tipo de dificuldade e uma fala que nos chamou bastante atenção:

[...] o pessoal daqui deveria entender melhor a gente, porque não ligam muito pro que a gente fala, pensa logo que é besteira e nem dá atenção. Eu mesma já falei de uns problemas meus aqui no posto, e eu vi que a pessoa nem quis ouvir direito... eu também não falei mais (Jovem atendida pelo ITJ).

Segundo elas, a principal questão é que muitos profissionais acham que os problemas que os jovens enfrentam “é besteira”, “coisa de adolescente que não tem com o que se preocupar” não dando a devida atenção para isso. Podemos perceber aí uma clara desvalorização da fala dos jovens, uma ideia implícita de que são coisas sem importância da fase problemática que vivenciam, mas que logo vai passar; o jovem, diante disso, se vê limitado a esses estereótipos. Nas palavras de Silveira (2018, p. 37), isto é comum, e é notório que “muitos adolescentes não possuem espaço de fala, inúmeras vezes, suas opiniões são desqualificadas antes de serem ouvidas”.

Este tipo de atitude que muitas vezes desqualifica o discurso dos jovens tem origem na ideia da adolescência apenas como uma fase de transição para a fase adulta, quando as vivências se encontram distorcidas pela explosão hormonal típica desta fase. Essa concepção não leva em conta os determinantes sociais, econômicos, culturais e históricos que estão na base de formação desses adolescentes. Não contribui em nada para o bem-estar e saúde mental desses jovens:

Adolescência fica concebida como uma fase difícil, como uma fase problemática da vida, que deve ser superada. As características específicas da adolescência (se é que existem) são tomadas como negativas ou como bobagens da idade. O adolescente como parceiro social é visto com desconfiança e suas ações são tomadas como imaturas. O jovem fica desvalorizado na sociedade e o mundo adulto, em seu conservadorismo, reforçado (BOCK, 2004, p. 35).

O ato de simplesmente ouvir e confirmar a legitimidade das vivências atuais do adolescente, sem desqualificá-las, é o passo mais importante para de fato ajudá-los e prevenir maiores agravos em saúde mental.

Círculo de cultura sobre saúde mental da juventude com a equipe de atenção básica, compartilhamento de experiências e avaliação

O encontro com os profissionais da unidade básica de saúde foi o momento de culminância da intervenção. Foi aberto um espaço na roda do serviço para que fosse discutido o tema da saúde mental da juventude e para que houvesse o compartilhamento do trabalho realizado com os jovens: suas demandas, o que esperam da unidade básica no que diz respeito ao cuidado em saúde mental e estratégias propostas nesse sentido.

Inicialmente foi realizada com os profissionais a mesma atividade com os *emojis*, com o objetivo de quebra-gelo e para que eles fossem tomando contato com uma das linguagens próprias do “universo” da juventude, além de que pudessem ser despertadas as mesmas sensações que foram despertadas nos jovens. Em seguida, foram questionadas quais eram as demandas de saúde mental dos jovens que mais apareciam no território, na visão deles. Nesse momento, todos foram unânimes em falar do abuso de substâncias psicoativas e conflitos territoriais, da ideação suicida, da violência familiar e questões de gênero e sexualidade. Os profissionais enfatizaram principalmente a dificuldade do jovem em acessar o espaço da unidade básica, chegando a demanda no posto somente quando o quadro de saúde mental se encontra mais grave ou em caso de demandas clínicas, bem como foi ressaltada a dificuldade de os profissionais também acessarem esses jovens de alguma

forma; o elevado índice do abuso de substâncias psicoativas; as dificuldades de trabalhar estratégias de redução de danos por questões de desconhecimento e preconceito da comunidade e dos pais; além das reduzidas possibilidades de acesso desses jovens às diversas políticas públicas devido aos conflitos territoriais. Eis aí algumas falas de profissionais:

A gente simplesmente não tem como dar conta disso. Você não sabe como é a situação dos meninos daqui. Muitos já não estão na escola e o pior é que não podem nem mesmo sair do bairro para estudar ou procurar um emprego. Tem deles que não podem nem mesmo sair de casa para vir no posto (Agente Comunitária de Saúde).

As oportunidades que eles têm são muito poucas. Conheço um caso de um adolescente que faz uso e na casa dele todo mundo usa, lá é uma boca que vende...como a gente pode fazer alguma coisa por esse menino? O que ele conhece é aquilo ali (Agente Comunitária de Saúde)

Eu recebo poucos adolescentes no consultório. Quando chega algum caso pra mim ou é porque é um problema de saúde mental em estado bastante grave ou então por causa de alguma demanda clínica (Médico).

Muitos pais e muita gente não entende quando a gente fala em redução de danos. Até minha família fica brigando comigo, porque eles acham que eu tô é incentivando pra usar drogas quando eu falo, por exemplo, pra usar o papel certo na hora de fazer um cigarro de maconha (Agente Comunitária de Saúde).

A partir dessas falas, podemos perceber o quanto o jovem ainda se encontra distanciado do serviço de atenção básica, além do sentimento de impotência dos profissionais da saúde para lidar com as demandas da juventude. Podemos observar também a dificuldade de trabalhar com a perspectiva da Redução de Danos, a qual ainda é envolta de muito estigma e desconhecimento, o que prejudica bastante o cuidado de jovens usuários de substâncias entorpecentes, tendo em vista que o paradigma proibicionista pouco surte efeito, especialmente nesse público.

Não podemos deixar de salientar também o fato de que é uma

realidade cada vez mais patente o atravessamento que a criminalidade tem tido nas questões de saúde da juventude, para não falar de outros impactos igualmente importantes. Os confrontos entre facções, bem como o seu controle sobre os territórios e o aliciamento de jovens para participar dessas organizações têm tido um impacto direto na qualidade de vida desses jovens, afetando seus direitos de ir e vir, de ocupar os locais da cidade, bem como o seu acesso às políticas públicas. Essa realidade tem se tornado cada vez mais patente:

Os jovens urbanos, em especial os jovens da periferia, constroem sua identidade em meio a um conflito cultural – de um lado, uma ávida cultura de consumo; de outro, a cultura da violência, glamourizando o crime e fazendo do tráfico de drogas não só um meio econômico, mas um meio de vida capaz de realizar as necessidades de consumo e permitir experiências significativas de poder e aventura em relação aos demais jovens (CARA; GAUTO 2007, p. 180).

Nesse contexto, Barros *et al.* (2008) chamam a atenção para a estreita relação entre a juventude pobre e a violência, principalmente para o fato de que o número de homicídios se torna ainda maior quando se trata de jovens pobres, da periferia e negros. O autor também chama atenção para violência no sentido de negação de direitos a essa parcela da juventude:

Na relação violência e juventude, os mais pobres têm sido alvo de ações muito repressivas e de extrema visibilidade midiática, quando cometem algum tipo de violência, em detrimento das situações das quais são vítimas, pois tais contextos, de forma geral, são naturalizados e banalizados. Sem dúvida, a violência tem se expressado nas políticas de segurança, em que a morte de jovens só tem significado para suas famílias, o que somente reforça a histórica invisibilidade que o grupo tem, quando se trata de ter seus direitos preservados (BARROS *et al.*, 2008, p.144).

No segundo momento da intervenção foram trabalhados alguns temas, utilizando o círculo de cultura, com palavras e frases disparadoras para a discussão em roda. Os temas foram: adolescência como um conceito socialmente construído, abuso de substâncias psicoativas e conflitos territoriais,

ideação suicida, automutilação, questões de gênero e sexualidade, violência familiar, *bullying*, importância do vínculo e dificuldades em se expressar do jovem.

Ficou bastante evidenciado na discussão o trabalho dos agentes de saúde como um grande potencial no sentido de maior aproximação com esses jovens. Além disso, foi levantada a discussão acerca da importância do trabalho com os familiares do adolescente, tendo em vista que, segundo a visão deles, as questões de *bullying*, ideação suicida e abuso de substâncias se agravam bastante, devido à falta de suporte familiar ou mesmo em razão da violência psicológica sofrida por muitos desses jovens, os quais muitas vezes não vivenciam um ambiente saudável e de aceitação por parte dos pais, mas, pelo contrário, ouvem diariamente palavras de desvalorização. A fala seguinte sintetiza essa ideia:

O Bullying existe e é um problema sério. Mas, se esses meninos tivessem o apoio da família em casa, eu tenho certeza que não teria o impacto que tem. Eles passam por isso na escola e quando chegam em casa, encontram uma situação pior de desestruturação familiar. Por isso, é importantíssimo trabalhar e orientar a família (Enfermeira).

Avaliação da ação interventiva com os profissionais

Para finalizar a intervenção, foi compartilhado com os profissionais o que os jovens do território esperam da equipe de atenção básica à saúde: maior compreensão de seus problemas por parte da equipe, visitas domiciliares e maior oferta de atendimentos psicológicos. Em seguida, foi realizado um momento de avaliação da intervenção pedagógica aplicada: foi pedido para que os profissionais, a partir do que havíamos discutido e a partir das demandas dos jovens, escrevessem em um papel alguma possível estratégia de cuidado em saúde mental, com base no conhecimento construído.

Foram apontados pelos profissionais principalmente a importância da escuta, da empatia e formação de vínculos como forma de prevenção e cuidado do público jovem, bem como a necessidade de adotar linguagens que pertençam à realidade da juventude. Outra frente de trabalho apontada pelos

profissionais foi a abordagem familiar, para abrir mais espaços de diálogo sobre o tema, já que muitos familiares também se sentem angustiados e sem saber como lidar com as questões de seus jovens, podendo ser utilizados para isso os espaços de grupos de mulheres, idosos e práticas corporais já realizados no posto:

O mais importante é trabalhar com pais para eles poderem entender melhor os filhos. Conheço o caso de um pai que praticamente expulsou o filho de casa porque ele era gay. O menino vivia por aí pelas ruas, dependendo da ajuda dos outros. Poderia, por exemplo, ser aproveitado os próprios grupos do posto para estar discutindo com essas mães, porque muitas delas têm filhos adolescentes (Enfermeira).

Foi proposto também o fortalecimento de trabalhos de prevenção nas escolas e o fortalecimento de redes de apoio no próprio bairro, como as ações do ITJ e de órgãos das secretarias de cultura e direitos humanos, que também já atuam no território, tendo em vista que muitos jovens não podem sair do bairro por razão dos conflitos territoriais.

Os profissionais apontaram ainda a urgência do fortalecimento de ações de redução de danos, a partir da abordagem dos jovens nos lugares que costumam se reunir no bairro, além de realizar ações com o intuito de desmistificar a redução de danos quanto ao uso de drogas, em escolas e na comunidade. De modo geral, os profissionais avaliaram a intervenção como um momento de “construção de conhecimento”, “produtivo”, “muito necessário”, “dinâmico” e “útil para pensar em formas de abordagem aos jovens”.

A partir das discussões e estratégias levantadas, podemos perceber que, apesar das muitas vulnerabilidades inegavelmente presentes no cotidiano desses jovens, é ainda possível o cuidado em saúde voltado a eles, a partir do fortalecimento dos fatores protetivos que interagem no ambiente social em que vivem. Segundo Amparo *et al.* (2008), os fatores protetivos são capazes de reduzir o impacto dos riscos, alterando o impacto da exposição da pessoa às situações adversas; reduzir as reações negativas em cadeia que

seguem à exposição do indivíduo à situação de risco; fortalecer a autoestima e autoeficácia, por meio do estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; e, por fim, favorecem a criação de oportunidades para reverter os efeitos do estresse provenientes da exposição aos riscos. Desta forma, podemos concluir que, apesar de muitas vezes não ser possível a eliminação dos fatores de riscos, das situações adversas que os jovens enfrentam em suas próprias famílias, ou em decorrência de razões de ordem econômica ou social, são bastante plausíveis ações no sentido de potencializar as redes de apoio presentes na comunidade, fortalecer vínculos significativos com amigos, professores, pessoas de referência, tendo em vista que muitas vezes não se pode contar com familiares mais próximos. É imprescindível trabalhar na perspectiva da prevenção de maiores agravos em ambientes como a escola ou mesmo em locais da rua ou pontos de convivência onde os jovens costumam se reunir; trabalhar também no sentido de oferecer suporte aos familiares dos jovens que, igualmente a eles, se encontram exposto à vulnerabilidades das mais diversas ordens ou mesmo lhes faltam elementos e competências para lidarem com os filhos.

EXPERIÊNCIAS QUE FICARAM

Diante de tudo que foi exposto, reforçamos a necessidade da construção de políticas públicas que venham de fato suprir as demandas de saúde mental da juventude. Não são suficientes apenas portarias que venham reger essas políticas (tendo em vista que a política é constituída na prática pelos atores sociais envolvidos), mas, acima de tudo, a necessidade de sensibilização e da educação permanente dos profissionais da saúde, para que venham a ter um melhor manejo acerca das questões de saúde e de como alcançar esse público, o que inclui uma atitude de abertura para melhor compreender esses jovens em suas necessidades, valorizando suas vivências e legitimando seu discurso.

Essa pesquisa tornou muito claro que o contato dos profissionais da saúde com a juventude ainda é muito deficiente devido às especificidades dessa faixa etária, assim como tornou patente a necessidade de abordagens

especializadas que priorizem o acesso aos jovens nos espaços em que ocupam, sejam eles nas escolas, nos grupos comunitários, nas ruas, nas quadras dos bairros, dentre outros.

Outra questão que se mostrou urgente foi a relevância de pensar e realizar novas pesquisas acerca de como os conflitos territoriais e a organização do crime em facções têm afetado as práticas de saúde e causado danos sociais, principalmente aos jovens em territórios de vulnerabilidade social. Nesse mesmo bojo de discussões, podemos incluir também a necessidade de ampliar a discussão sobre a redução de danos nos diversos espaços da sociedade com o objetivo de aperfeiçoar as práticas de cuidado aos jovens com uso problemático de substâncias psicoativas, já que o paradigma da abstinência e da eliminação das drogas tem se mostrado insuficiente para lidar com a complexidade desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; ESTEVES, L. Juventude, Juventudes: pelos outros e por elas mesmas. . In: ABRAMOVAY, M.; ANDRADE, E.; ESTEVES, L. (org) **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; UNESCO, p.19-54, 2007.

AMPARO, D. M. *et al.* Adolescentes e Jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio e fatores pessoais de proteção. **Estudos de Psicologia**. v.13, n. 2, p. 165-174, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, R. M. *et al.* IST na Adolescência: Percepção de Gestantes à Luz do Círculo de Cultura de Paulo Freire. **Revista contexto & Saúde**. Editora UNIJUÍ, v.16, n.30. p. 116-125 jan./jun. 2016.

BARROS, N. V. *et al.* Juventude e criminalização da pobreza. **Educere et Educare- Revista de Educação**. v. 3 n. 5, p. 141-148, jan./jun. 2008.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. v. 11, n. 1, p. 63-76; Janeiro/Junho, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve humanos. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf. Acesso em 10 nov. 2018.

CARA, D.; GAUTO, M. Juventude: percepções e exposição à violência. In: ABRAMOVAY, M.; ANDRADE, E.; ESTEVES, L. (org) **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; UNESCO, p. 171-196, 2007.

CASTRO. R. L. Participação Política e Juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum. **Revista de sociologia e política** v. 16, n 30, p.253-268, 2008.

DAMIANI, M. F. *et al.* Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação** FaE/PPGE/UFPel. Pelotas v. 45, p. 57-67, maio/agosto 2013.

DELFINE, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.357-366, fev. 2012.

FEITOSA, H. *et al.* A saúde mental das crianças e dos adolescentes:

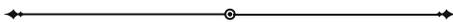
considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, Brasília, v.19, n.1, mai, 2011.

LIMA, L. S.; DIAS, H. C. J. Saúde mental e violência na adolescência: uma revisão de literatura acerca das implicações na saúde destes jovens. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.40, p.28-47, jan./jun. 2014.

SAITO, M. I. **Adolescência: prevenção e risco**- 2 ed- São Paulo: Atheneu, 2008.

SILVEIRA, A. B. S. Psicoterapia gestáltica com adolescentes: vivências e construções. In: BRANDÃO, C. L. (org) **Gestalt-terapia infantojuvenil: práticas clínicas contemporâneas**. Curitiba: Juruá Editora, p. 31-42, 2018

CUIDANDO DO CUIDADOR: A Formação Grupal de Familiares/Cuidadores de Pessoas com Transtorno Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)



*Aline Maria Furtado de Carvalho
Eliany Nazaré Oliveira
Maria Suely Alves Costa
Thatianna Souza da Silveira
Narceli América de Alencar Azevedo*

A APROXIMAÇÃO COM O OBJETO ‘FAMÍLIA’

Este trabalho é fruto de uma relação ética de afeto e instiga o campo fértil da saúde mental, em especial com as pessoas familiares e cuidadoras de pacientes com transtorno mental. A aproximação com este celeiro de subjetividades deu-se inicialmente no processo de graduação. A atenção psicossocial foi e permanece sendo trabalhada atualmente no âmbito da graduação em enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), a partir do 7º período no módulo de atenção à pessoa com transtorno mental, experiência que transborda na Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)

Só recentemente foi incluída naquele módulo a possibilidade de vivências práticas nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Internato II (atenção secundária). Há algumas críticas a respeito dessa organização curricular, uma vez que a saúde mental deveria ser um eixo transversal a todos os outros módulos, assim como se propõe, embora com dificuldades, a prática do fazer em saúde que tem como princípio norteador a integralidade.

Antes, na graduação, durante o desdobramento do módulo, causava deslumbramento o contexto de lutas, conquistas e avanços nas políticas de saúde mental que conseguiam com maior precisão aproximar-se do cuidado integral ao sujeito e suas famílias por meio do que propõe a atenção psicossocial. Essas políticas, influenciadas por vários modelos de outros países, são atualmente referência em muitos aspectos e inspiram outros países,

ressaltando-se o matriciamento desenvolvido em Sobral, citado recentemente em trabalhos internacionais.

Ainda na graduação, um momento que trouxe inspiração, para buscar compreender melhor a importância da família nesse cuidado, foi ouvir depoimentos marcados por sofrimento desses cuidadores, trazidos nos atendimentos e na assembleia dos usuários, mecanismo de participação social institucionalizado nos serviços CAPS do município de Sobral.

Nos poucos momentos de aproximação com o campo prático que compreendeu pontualmente algumas visitas técnicas ao CAPS II e à unidade psiquiátrica situada no Hospital Geral Dr. Estevam da Ponte, constatou-se a carência de cuidado por parte da equipe aos familiares, neste último serviço, pois estes não participavam das decisões terapêuticas e ficavam em dados momentos alheios ao que estava ocorrendo com seu familiar. A inquietação em contribuir com essa rede, que conta com laboratórios vivos desse objeto tão complexo, causou motivação para se adentrar nesse universo por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM).

A imersão como residentes na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), que se desenvolveu no primeiro ano no CAPS II Damião Ximenes Lopes, permitiu que se praticassem atividades de núcleo e campo, tanto na perspectiva individual como grupal. Durante esse processo, a aproximação com a realidade vivida por muitos familiares e cuidadores de usuários atendidos no CAPS, revelou algumas fragilidades no suporte ofertado a esse segmento por parte da equipe, como: os escassos esclarecimentos acerca das formas de manejo do cuidado em relação aos transtornos, possibilidades de alta, fluxo na rede socioassistencial, algo que se atribui ao pouco conhecimento de alguns profissionais; a frágil atuação dos profissionais na mobilização dos familiares para o eixo político, tanto nos atendimentos e visitas, como na assembleia e na associação, ressaltando-se que havia familiares que desconheciam esses mecanismos; a quase inexistência de ações voltadas especificamente aos familiares, como atendimentos individuais e grupais, o que se justificava talvez pela alta demanda, porém necessárias..

A família ocupa um lugar importante no acompanhamento do

usuário com transtorno mental e essa atribuição também preocupa, pois, dependendo da relação nesse processo, existem consideráveis chances de produção de sobrecarga nesse cuidador. Diante da necessidade de garantir um cuidado mais efetivo, uma vez que a organização do serviço ainda enfrentava dificuldades em garantir esse ponto da atenção psicossocial, é que surgiu a proposta de intervir diretamente com os familiares e/ou cuidadores dos usuários que são acompanhados no CAPS Damião Ximenes Lopes.

Assim, esta intervenção objetivou desenvolver um grupo aberto para familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidos no CAPS II Damião Ximenes Lopes, tendo como foco o suporte terapêutico e o fortalecimento da família como provedora de cuidado.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção realizada com os familiares e/ou cuidadores das pessoas com transtorno mental acompanhadas no Centro de Atenção Psicossocial II Damião Ximenes Lopes, Sobral, Ceará, durante o momento de sala de espera.

As pesquisas intervencionistas na visão de Baard (2010) têm como objetivo melhorar a vida da comunidade e o seu bem-estar. Incluem o contexto organizacional por meio do desenvolvimento de intervenções eficazes em vários contextos da vida cotidiana. Envolvem um esforço coordenado de todos os participantes, os quais estão na verdade vivenciando o problema, e resultam na geração de conhecimento para pesquisadores e práticos.

Epistemologicamente, as intervenções feitas no momento da sala de espera alicerçam-se no conceito ampliado de saúde que vai considerar os aspectos mentais e físicos como indissociáveis, compondo o todo. Dessa forma, a saúde passa a ser compreendida como um fenômeno dinâmico no qual há a interação ininterrupta dos aspectos biológicos e psicológicos (MARTINS-BORGES; POCREAU, 2012).

Participaram da intervenção aqueles familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental, acompanhados no CAPS II Damião Ximenes

Lopes, que eram maiores de idade, estavam aguardando o atendimento no referido serviço e aceitaram participar da proposta mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A intervenção ocorreu no período de setembro a outubro de 2018.

A primeira etapa deu-se com apresentação da proposta à equipe, a fim de sensibilizar os profissionais a se mobilizarem no dia dos seus atendimentos àqueles familiares e/ou cuidadores que aguardavam ser chamados. Previamente, pensou-se com a equipe no momento viável para realização do grupo, tendo como referência os dias que contavam com maior fluxo de familiares e/ou cuidadores no serviço. Feito isto, elegeram-se dois turnos: às segundas-feiras à tarde, dia de atendimento infantil de psiquiatria e às sextas-feiras à tarde, quando ocorriam as consultas no ambulatório de psicogeriatrics. Com um tempo médio de duração de 20 a 30 minutos, houve 12 encontros até o final do processo. Cada oficina tinha um objetivo próprio e seguia alguns itens em todos os momentos, conforme o roteiro abaixo.

Quadro 1: Matriz do plano de intervenção no cuidado aos familiares de pessoas com transtorno mental atendidas no CAPS II:

PRIMEIRO MOMENTO:

Objetivo: Facilitar informações sobre a estruturação do cuidado em saúde mental antes e depois do processo de reforma psiquiátrica, e como a sociedade se relaciona atualmente com a loucura.

SEGUNDO MOMENTO

Objetivo: Orientar e problematizar sobre a função de ser cuidador de uma pessoa com transtorno mental e as implicações que o exercício desta tarefa tem na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores.

TERCEIRO MOMENTO:

Objetivo: Possibilitar que os cuidadores reconheçam e valorizem as potencialidades e limitações envolvidas no processo de cuidar.

QUARTO MOMENTO

Objetivo: Sensibilizar os cuidadores sobre a importância e valorização que devem destinar ao autocuidado.

QUINTO MOMENTO

Objetivo: Possibilitar momento terapêutico aos familiares e/ou cuidadores.

Fonte: Própria.

No transcorrer dos 12 encontros foram feitos registros em memorial fotográfico e diário de campo, tanto de cunho descritivo como reflexivo. As falas dos participantes foram gravadas e transcritas na íntegra. Com isso, a análise dos dados foi direcionada com base na análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2004). A princípio realizou-se uma leitura exaustiva dos registros transcritos, o que permitiu posteriormente identificar e agrupar os núcleos temáticos conforme a similaridade das falas compartilhadas a partir de cada tema discutido nas oficinas. O conteúdo dos depoimentos foram organizados e identificados pelo código FAM, variando de 01 a 23. O produto final permitiu a composição dos seguintes núcleos temáticos: O contexto histórico: pensando o cuidado a partir das percepções dos cuidadores; Conhecendo as dores e as delícias do processo de cuidado; As afetações no itinerário do cuidado; Tocando para cuidar, cuidando para afetar.

Esta pesquisa-intervenção foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Foram respeitados os princípios da bioética na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

DESDOBRAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DO GRUPO DE FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Durante as 12 oficinas ocorridas em formato de sala de espera predominaram a participação de familiares/cuidadores do sexo feminino que acompanhavam crianças ou adolescentes para atendimento psiquiátrico no ambulatório infantil do CAPS II. Estudos demonstram que predominantemente esse público estaria ligado à tarefa de cuidado às pessoas com transtorno mental (REIS *et al.*, 2016; DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; KEBBE *et al.*, 2014).

A quantidade de participantes fluuava em virtude do formato aberto do grupo, contando com uma média de 3 a 4 mulheres. Cada encontro contava com pessoas diferentes, houve momentos de algumas estarem em mais de um encontro. Logo, foram desenvolvidos dois ciclos de 5 oficinas com temas diversos, totalizando 12 encontros transcorridos em dois meses.

O CONTEXTO HISTÓRICO: PENSANDO O CUIDADO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES

A primeira oficina teve como objetivo discutir sobre o cuidado em saúde mental no município de Sobral antes e após o período de reforma psiquiátrica. A discussão deu-se por meio de tarjetas com palavras e/ou frases que contemplavam esses dois recortes temporais. A maioria dos familiares demonstraram desconhecer a realidade local do cuidado às pessoas com transtorno mental no período que precedeu a reforma, como se constata na fala abaixo:

Eu não sei [...] lutar com gente, assim era muito difícil, as coisas eram muito difíceis, porque lá onde eu moro (zona rural) nem posto de primeiro tinha, agora é que já tem (FAM 03).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sobral foi introduzida no ano de 1997 (ANDRADE, 2004). O cuidado em saúde mental desenvolvido nas unidades básicas de saúde por meio do apoio matricial neste município foi estruturado a partir de 1999, com a figura da Preceptoria de Psiquiatria na primeira turma de especialização em caráter de Residência em Saúde da Família. O programa contava a princípio com profissionais médicos e enfermeiros, apenas em 2001 passou a incluir outras categorias (PARENTE *et al.*, 2006).

Logo, o cuidado em saúde mental no município de Sobral também é ofertado pelos Centros de Saúde da Família (CSF), serviços que, após a Reforma Psiquiátrica, estão inclusos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um dos pontos de atenção responsável por trabalhar a saúde mental

tanto na perspectiva da promoção, como da prevenção de sofrimento e adoecimento mental, bem como no acompanhando dos casos em que já há um comprometimento de leve a moderado. Sobre esse nível de cuidado, alguns familiares queixaram-se da ineficiência dos CSF em identificarem os casos e conduzirem o cuidado nesse nível de atenção, como evidenciado na fala:

Eu queria que esse meu outro filho aqui que também tem problema fosse atendido aqui no CAPS, porque lá no posto eles não atendem direito, aqui tem tudo (FAM 05).

Sabe-se que inúmeros são os desafios que atravessam a articulação das políticas de saúde mental na Atenção Básica. Essa falta de integração tem como consequência demandas reprimidas em saúde mental, em virtude do elevado número de usuários sem acompanhamento nesse nível de atenção (DIMENSTEIN *et al.*, 2005). Essa realidade é ratificada em um estudo feito com profissionais que atuavam com saúde mental na ESF. Por meio das percepções destes profissionais, concluiu-se que nem sempre os profissionais que compõem as equipes de saúde na atenção básica estão preparados para atender as demandas de saúde mental existentes (AOSANI; NUNES, 2013).

Durante a discussão, ainda nessa perspectiva histórica acerca dos equipamentos que devem oferecer atualmente cuidado psicossocial, alguns familiares demonstraram conhecer apenas o CAPS, como revelam as falas: “Meu filho só foi atendido aqui no CAPS” (FAM 04); “Também não sei como era antes não” (FAM 01).

Acredita-se que o conteúdo das falas acima foi influenciado pelo próprio perfil de participantes, mulheres familiares de jovens menores de 17 anos. O CAPS Damião Ximenes Lopes, cenário desta intervenção, foi um dos primeiros serviços a compor Rede de Assistência Integral à Saúde Mental (RAISM), que tem apenas 18 anos, pois começou a funcionar pouco antes da Casa de Repouso Guararapes fechar. O conhecimento acerca dessa instituição, apontado por duas familiares vinha de relatos de outros familiares. Uma delas, também usuária do CAPS, colocou que embora não tivesse feito tratamento no Hospital Psiquiátrico, referência na época, o conhecimento das formas de tratamento vinha dos relatos do companheiro que trabalhava como auxiliar

de enfermagem na instituição. Já a outra trazia relatos da mãe:

Meu esposo trabalhava lá, ele me contava que a comida que ia para eles (pacientes) quem comia era os funcionários e dizia que eles eram muito maltratados. Disse que batiam nos pacientes e uns até fugiam de lá (FAM 04).

Minha tia foi agredida no Guararapes e aí minha vó tirou ela de lá (FAM 05).

O Hospital Guararapes, aberto em 1974, foi palco de inúmeras violações de direitos, onde prevaleciam o isolamento social e familiar, internamentos inadequados e maus-tratos. Tendo como exemplo desta violência a morte do paciente Damião Ximenes Lopes, fato que motivou inúmeras outras denúncias que, ao serem apuradas, permitiram identificar diversos casos de violações de direitos. Essa situação levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde a decretar uma intervenção neste serviço, que durou 120 dias e resultou no seu descredenciamento e fechamento, surgindo daí a RAISM (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

Nessa perspectiva atual de cuidado psicossocial, o CAPS funciona como um serviço extra-hospitalar, substitutivo ao modelo manicomial, sendo de base comunitária, operando com equipe multiprofissional na lógica de rede. A presente proposta de grupo de família é para, além de oportunizar espaços de fala, também fornecer orientações acerca da lógica de funcionamento dos serviços que compõem a RAISM, a exemplo do CAPS. Acerca do cuidado neste serviço, percebeu-se que a maioria do acompanhamento dos usuários familiares dessas mulheres é feita apenas pelo profissional médico, no caso o psiquiatra, como demonstram as falas: “Não, minha filha é atendida apenas pelo Doutor” (FAM 01); “Até agora só quem atendeu meu filho foi a Doutora. ‘Fulana’ [...] não sei o que é esse técnico de referência não” (FAM 04).

Essa centralização do cuidado na figura médica sinaliza um dos maiores desafios do processo de reforma que é superar a hegemonia do modelo biomédico. Muito embora a essência da reforma psiquiátrica esteja alicerçada no trabalho interdisciplinar, a realidade dos processos de trabalho dos CAPS como apontam Fiorati e Saeki (2013) ainda se dá com ênfase na

tecnificação da atenção nos núcleos de competência, em detrimento do saber interdisciplinar; prevalece a clínica médica sobre as demais terapêuticas, tendo uma supervalorização da terapêutica medicamentosa e subvalorização das intervenções de cunho psicossocial, além de limitações da equipe na organização para elaboração dos projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares.

Contudo, os três momentos ocorridos com a proposta de discutir sobre as formas de cuidado a partir de um contexto histórico disparou vários debates. Problematizou-se desde o cuidado sob uma ótica macro, até as terapêuticas desenvolvidas no CAPS Damião Ximenes. Muitos participantes desconheciam a realidade das políticas de saúde mental, e, embora alguns acompanhem seus familiares há muito tempo, notou-se pouco entendimento sobre fluxo e formas de cuidado ofertados no sistema de saúde local. Nessas oficinas o grupo operou numa lógica de orientação e esclarecimento, suscitando ao debate na esfera política.

CONHECENDO AS DORES E AS DELÍCIAS DO PROCESSO DE CUIDADO

Na segunda proposta de oficina em que foram trabalhadas as potencialidades e limitações envolvendo o processo de cuidar de uma pessoa com transtorno mental, surgiram depoimentos que caracterizavam principalmente alguns entraves em lidar com as mudanças no comportamento do familiar cuidado, como evidencia a fala abaixo:

Da primeira vez, quando você não entende a doença, se você não conhece, nunca lidou, quando apareceu eu lá sabia o que era, tanto que ela batia em mim eu batia nela, ela queimava tudo. Quando começa a lidar aí a gente entende, o médico começou a abrir meus olhos (FAM 07).

Percebe-se a partir das falas algo semelhante ao que Bessa e Waidman (2013) evidenciaram em seu estudo. Após o diagnóstico de transtorno mental, a família passa por um período de adaptação, que exige mudanças na rotina domiciliar e no relacionamento entre os seus membros para conseguir um

melhor convívio. Nessas circunstâncias, o apoio por parte de uma equipe multiprofissional capacitada se faz imprescindível, uma vez que o diagnóstico precoce e as orientações sobre os cuidados pertinentes a cada caso possibilitam aos cuidadores compreender e lidar melhor com as necessidades das pessoas por eles cuidadas.

Acerca ainda das dificuldades que permeiam a trama das relações, alguns familiares e cuidadoras destacaram o sentimento de insegurança em lidar com os comportamentos da pessoa com transtorno mental, uma vez que tais alterações geram sofrimento, como revela a seguinte fala:

Eu gosto da minha filha quando ela tá bem, é minha companhia. A doença dela é muito silenciosa, ela tem esquizofrenia, sofre muito com as crises, se trancava no quarto e não saía nem pra tomar banho. Na última internação ficava querendo se armar com faca e atacar a gente, as crises dela são bem fortes, eu sofro muito (FAM 07).

As colocações dessa familiar assemelha-se aos achados na pesquisa desenvolvida por Duarte e Ferreira Neto (2016), em que a presença de violência também é relatada por alguns familiares cônjuges. Estudos apontam que, quanto maior a gravidade dos sintomas, maior é a sobrecarga, e que o número de internamentos está diretamente ligado à sobrecarga subjetiva (GALERA *et al.*, 2011).

As dificuldades envolvendo a relação com a escola revelam que, apesar dos avanços neste cenário, muitas instituições ainda se mostram incapazes de garantir uma política sociopedagógica de inclusão da criança com transtorno mental. Essa limitação envolvida no processo de cuidado acaba por sobrecarregar a rotina familiar, e revela o entrave na efetivação do direito a educação:

As professoras não querem mais aceitar ele no colégio, porque elas não sabem como lidar com as crises que ele tem. Mas mesmo assim eu insisto que ele tem que ir pra escola pra aprender, só que já tá de um jeito que nem ele não quer mais ir[...] Sofro muito com isso! (FAM 11).

Nessa direção, Sanches e Oliveira (2011) apontam, em seu estudo de caso realizado com mães de crianças e adolescentes que têm transtorno

mental, que precede a qualquer proposição de educação inclusiva a quebra dos paradigmas que cercam a pessoa com transtorno mental. Considera-se que as proposições dessa educação inclusiva para garantir a universalização do acesso e da qualidade do contexto socioeducacional partem de um movimento maior que é a inclusão social. Negar esta possibilidade é ainda estar distante do horizonte da Reforma Psiquiátrica.

O segundo momento da oficina destinou-se a abordar as potencialidades, ou seja, os sentimentos prazerosos que emergem desse processo de cuidar da pessoa com transtorno mental. Nesse aspecto, as pontuações surgiram em menor proporção, se comparadas àquelas feitas em relação às dificuldades, porém a colocação abaixo demonstra que a companhia da pessoa cuidada se apresenta como um fator positivo: “O lado bom é quando ela volta ao sentido, que começa a se preocupar comigo, aí é ela, taí, aí é ela agora! Jamais ela olha pra mim quando tá doente, jamais dá um sorriso” (FAM 07)

Acredita-se a partir dessa fala que a estabilização dos quadros mais graves e persistentes permite um melhor convívio, podendo se apresentar como uma variável preditora de menor grau de sobrecarga subjetiva. Apesar desta intervenção não ter medido a sobrecarga dos familiares, os achados alertam para a importância que as equipes de saúde devem dar à realidade vivida pelos familiares. Buriola *et al.* (2016) a respeito desse assunto destacam que as equipes precisam ousar e romper preconceitos relacionados aos transtornos com intervenções que objetivem fortalecer a família, destacando os pontos positivos, a fim de amenizar a sobrecarga e buscando potencializar a interação e empatia nas famílias.

Na discussão dessa última temática disparada, nem todos os participantes conseguiram identificar ou perceber algo de satisfatório nesse processo de cuidado. Porém, a literatura demonstra que, apesar das evidentes manifestações de sobrecarga vivenciadas por cuidadores, muitos se sentem satisfeitos em cuidar do familiar (ELOIA *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2016). Acredita-se que isso se dá, sobretudo, quando existe uma rede de apoio que prefere enfrentar e conceber o cuidado de forma menos negativa,

desfazendo estigmas e construindo vínculos.

AS AFETAÇÕES NO ITINERÁRIO DO CUIDADO

A função de cuidador de uma pessoa com transtorno mental, comumente exercida por um familiar, pode gerar sobrecarga e consequente sofrimento ou até adoecimento físico e mental do cuidador. Esse fenômeno pode envolver duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira relaciona-se às consequências negativas provenientes do desempenho das tarefas de assistência à pessoa com transtorno mental e a segunda diz respeito a percepções e aos sentimentos do familiar quanto à experiência de conviver e cuidar (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Na oficina em que se discutiu sobre as implicações que o exercício de cuidar de uma pessoa com transtorno mental pode ter na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores, houve alguns relatos que demonstravam que o cuidado, na maioria das vezes, é assumido por apenas um familiar. A falta de apoio de outras pessoas ou mesmo da família para compartilhar os encargos dessa tarefa gera sofrimento:

Tem dias que eu estou estressada , porque assim eu faço as duas faxinas, sozinha fazendo as coisas [...] tem dias que tem mais coisas, ir atrás dos remédios, tudo sou eu, não tem ninguém que me ajude, tudo sou eu [...] Agora tem que levar no fórum só tem eu pra levar, no colégio também (FAM 11).

Essas percepções são corroboradas por Kebbe *et al.* (2014) em seu estudo com cuidadores de pessoas com transtorno mental, que também assinalaram essa fragilidade da falta de envolvimento de outros membros da família em compartilhar as tarefas de cuidado. Esse aspecto nas relações familiares pode se dar por conta do preconceito e desinformação, o que acaba por gerar rejeição e abandono da pessoa com transtorno e também do seu cuidador.

Assumir a total responsabilidade por assistir e supervisionar a pessoa

com transtorno mental acarreta acúmulo de tarefas e sobrecarga ao cuidador, podendo comprometer consideravelmente as suas relações sociais:

Eu sempre ia para as reunião dos idosos, sempre participava, mas com a piora da doença dela não posso mais ir. Os aniversários do povo, tudo eu ía, até as missas que gostava muito deixei de ir [...] Sinto muita falta das missas! (FAM 13).

Dessa forma o que poderia funcionar como uma estratégia de enfrentamento aos desgastes da sobrecarga, neste caso o suporte social por meio da religião e espiritualidade acaba comprometido. A sobrecarga, segundo familiares participantes de um estudo desenvolvido por Delgado (2014), decorrente da discriminação e abandono da família, além de produzir desgaste emocional, também repercute na vida cotidiana como: diminuição no tempo para atividades diárias, para o lazer e autocuidado.

No que a dedicação exclusiva pode repercutir nas relações sociais, foi pontuada a falta de tempo para poder exercer atividades importantes como estudos, o que, por sua vez, impossibilita as chances de alcançar melhores oportunidades de emprego no mercado de trabalho: “Depois que tive ele, não pude mais estudar, meu sonho era um dia fazer curso técnico de enfermagem ou ser médica pra ajudar a cuidar dele também”(FAM 17).

Atrasos e ausências a compromissos são situações citadas por familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental quando necessitam estar internadas devido a situações de crise. Essas e tantas outras questões envolvendo o cuidado influenciam nas atividades sociais e de lazer, gerando sobrecarga. O impacto produzido na rotina dos cuidadores é atribuído por Eloia *et al.* (2018) a uma deficiência ou inexistência da rede social e familiar.

Essas manifestações de sobrecarga, a exemplo da falta de tempo, que é consumido sobretudo para o ato integral de cuidar, acabam por influenciar inclusive nas possibilidades de manter uma situação ocupacional já exercida, levando ao abandono do emprego, como revela o pesar das falas: “Depois que ele teve esse acidente e ficou desse jeito, precisei deixar de trabalhar também pra cuidar dele[...] gostava do meu emprego” (FAM 22).

O mesmo apontamento foi feito por familiares de pessoas com transtorno mental que participaram de um estudo desenvolvido por Gomes, Silva e Batista (2018), que objetivava compreender essas implicações das atividades de cuidar na vida do cuidador. Demonstrou-se que essa situação acaba por gerar angústia, afetando a qualidade de vida e podendo desencadear adoecimento.

O aumento nos gastos para custeio das necessidades da pessoa com transtorno mental é citado pelas participantes do grupo. O impacto ocorre na renda da família daqueles que não recebem nenhum benefício assistencial como a FAM 05, mas também por aqueles que cuidam de alguém beneficiário como é o caso da FAM 22. Ocorre que com esse último, apesar do auxílio ajudar nas despesas da família, existe o contraponto da perda da renda do cuidador que não conseguiu manter uma atividade remunerada devido à necessidade de dedicação exclusiva aos cuidados:

Depois que ele precisou parar de trabalhar, as condições financeiras também ficaram mais apertadas[...] tem o auxílio que conseguiu depois do acidente, mas mesmo assim tem muitas coisas que precisa comprar pra ele (FAM 22).

As dificuldades financeiras decorrentes do custos envolvendo os cuidados a pessoas com transtorno mental também foram mencionadas por Oliveira *et al.* (2017) como um dos domínios que indicam sobrecarga subjetiva. A questão financeira é sentida mesmo quando o paciente recebe algum benefício, como destacam Schein e Boeckel (2012) em seu estudo, pois, nas situações em que o único provento advém do benefício, ao ser aplicado em todas as despesas da família, acaba tornando-se insuficiente.

A tarefa de cuidar também repercute diretamente nas relações interpessoais, e pode gerar sobrecarga subjetiva, impactando diretamente tanto no autocuidado como na precarização deste, o que por sua vez afeta as relações afetivas, como revela a seguinte fala: “Meu marido me diz que antes eu ajeitava os cabelos só andava arrumada, e agora não me cuido mais. Passo o dia cuidando de menino”(FAM 13).

A fala acima suscitou o debate sobre possíveis afetações nas relações

conjugais. As oficinas ocorridas, no entanto, não aprofundaram esses assuntos, como as atividades sexuais, um aspecto importante na vida de quem cuida e que pouco é abordado na literatura atual. Um estudo desenvolvido por Daltro, Moraes e Marsiglia (2018) alertou para essas mudanças nos relacionamentos sexuais: a maioria dos cuidadores de pessoas com transtorno mental envolvidos afirmaram não ter mais esse tipo de relação, algo que pode ocorrer devido à falta de tempo e de interesse (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018). Diante da relevância do assunto, desperta-se para a importância de compreender esta realidade, necessitando de maiores estudos que aprofundem essa temática.

Acredita-se que diante desses processos de vida permeados por sobrecarga, sofrimento e possível adoecimento, compartilhados nas falas dos envolvidos nesta intervenção, urge o desenvolvimento de ações que proporcionem a essas pessoas momentos de apoio, orientação e, também, cuidado. Compreende-se que a sobrecarga dos familiares e cuidadores deve ser tratada como parte do processo de reabilitação psicossocial por uma equipe multiprofissional (DELGADO, 2014).

TOCANDO PARA CUIDAR, CUIDANDO PARA AFETAR

As oficinas de cuidado envolveram técnicas de alongamento, massagem, automassagem e relaxamento. O momento foi conduzido apenas pela residente coordenadora do grupo. Embora a formação em enfermagem não confira habilidades técnicas para o desenvolvimento de algumas práticas corporais, a formação no programa de residência multiprofissional propicia incorporar fazeres de outras categorias que enriquecem e expandem o repertório das práticas em saúde.

As últimas oficinas, nesse ciclo de cinco, se deram no intuito de proporcionar aos familiares e/ou cuidadores momentos de cuidado. Durante a condução da oficina terapêutica com massagem, ao toque sentiram-se vários pontos de tensões na musculatura das participantes, reforçando com isso a necessidade desses momentos, como revela a fala:

Momentos assim são muito importantes, pois ajudam

bastante, porque a gente não tem muitas vezes tempo de se cuidar. FAM 14

Ah, eu adorei isso porque eu sinto muitas dores nas costas e no corpo todo (risos) (FAM 17).

A rotina intensa de familiares e/ou cuidadores envolvendo os encargos no cuidado à pessoa com transtorno mental requer importante investimento de energia e consequente desgaste emocional e físico. Essa alta demanda que envolve a dispensação de tempo em muitas atividades prediz sobrecarga que desfavorece o autocuidado e a autoestima. Por isso, programas de intervenção pensados para os cuidadores são essenciais para minimizar danos à saúde destes, beneficiando o binômio paciente- cuidador (FAVA; SILVA; SILVA, 2014).

A princípio, não houve como identificar e atribuir exatamente se há uma relação de causa-efeito entre as tensões e dores por elas relatadas com as incumbências do cuidado cotidiano. Sabe-se, no entanto, que há forte tendência de haver essa relação, como mostra a fala: “Desde muito nova já tinha essas dores, mas acredito que pioraram depois que ele adoeceu” (FAM 15).

Diferentemente do que revelaram as participantes desta intervenção, familiares entrevistados em um estudo desenvolvido por Nascimento *et al.* (2016) relataram que sua saúde física, mental e social não foi afetada pela experiência de cuidar, o que foi relacionado pelos autores ao fato de estas manterem bom relacionamento com a condição de seu familiar. Acredita-se, porém, que isso não seja algo isoladamente determinante.

Durante o momento de automassagem proposto como forma de favorecer o autocuidado, perceberam-se deficiências nesse hábito, o que mais uma vez foi justificado pela falta de tempo decorrente dos encargos diários do cuidado, como evidencia a fala seguinte: “Antes quando não tinha tanto menino e este aqui que me dá muito trabalho, eu até que me ajeitava, fazia a unha, agora só ajeito a casa e cuido de menino” (FAM 13).

A enfermagem desempenha importante papel no suporte ao cuidador. Acerca disso, destaca-se o papel desta categoria profissional na valorização

do autocuidado e das necessidades do cuidador que devem ser priorizadas na prática assistencial do enfermeiro. Deve auxiliar na elaboração de planos de cuidados que fomentem a participação do cuidador na tomada de decisão sobre aspectos sociais e de saúde, em busca de uma melhor qualidade de vida e bem-estar (BORGES *et al.* 2015).

Após o desenvolvimento prático do momento terapêutico, discutiu-se sobre as percepções e sensações provocadas durante o processo. A saúde e a qualidade de vida são aspectos importantes a serem trabalhados, uma vez que muitas mulheres já passam por processos de adoecimento tanto de ordem física como mental, como revela a fala:

Faço acompanhamento em Fortaleza, tem a psicóloga lá, faço tratamento aqui no CAPS (depressão), tenho problemas de coluna, tô esperando uma cirurgia[...] Já tentei muito suicídio, num vou mentir[...] De vez em quando eu baixo o Regional com dor (FAM 17).

Sabe-se que não há como afirmar ser o papel de cuidador condição para o seu adoecimento nestas situações expostas, esta intervenção não objetivou avaliar tal questão. No entanto, uma experiência semelhante foi relatada na pesquisa desenvolvida por Almeida e Mendonça (2017) em que os familiares envolvidos afirmaram ter adoecido devido à sobrecarga do cuidado, necessitando inclusive do uso de medicação psicotrópica e de terapia em virtude desse contexto. O uso de psicofármacos em virtude do adoecimento por conta dos encargos do cuidado é mencionado também por cuidadores como uma estratégia de enfrentamento (MAGALHÃES *et al.* 2018).

A saúde é um dos fatores mais importantes na vida do cuidador familiar. Estudos sinalizam que a preocupação com a saúde é algo destacado por aqueles que cuidam de um familiar em sofrimento mental (ALMEIDA *et al.*, 2010; KEBBE *et al.* 2014). Visto isso, reforça-se a relevância de haver espaços de cuidado em saúde para quem exerce a função de cuidador principal de uma pessoa com transtorno mental no CAPS, cenário desta intervenção: “Poderia ter mais momentos desses aqui!” (FAM 14); “Sempre que tiver por aqui com ele, e tiver tendo essas massagens eu vou vir” (FAM 16).

A intervenção revelou que a família dificilmente é alvo de cuidado diretamente por boa parte da equipe multiprofissional do CAPS em questão. Sabe-se que, para além de possibilitar informações acerca do transtorno mental aos familiares, deve-se proporcionar-lhes espaços de escuta e cuidado, uma vez que sobrecargas podem ser disparadas a partir do cuidado diário. Isso é corroborado por Fava, Silva e Silva (2014) em seu estudo que destacou que as equipes de saúde mental necessitam identificar as necessidades dos cuidadores, a fim de amenizar os fatores de risco, lançando mão de ações individuais e grupais.

Das propostas de oficinas desenvolvidas juntos aos familiares e/ou cuidadores, esta última foi a mais bem avaliada pelos participantes. Como já mencionado anteriormente, o público atendido nessa intervenção era majoritariamente feminino, na maioria mães de crianças e adolescentes acompanhados no CAPS. Nesse contexto, o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, está habilitado para ajudar a família, dessa parcela infanto-juvenil com transtorno mental a lidar, da melhor forma possível, com as particularidades dessa condição (BURIOLA *et al.*, 2016), inclusive propiciando-lhe momentos terapêuticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerra-se, destacando o alcance do objetivo dessa intervenção que foi desenvolver um grupo aberto para familiares e/ ou cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidos no CAPS Damião Ximenes Lopes. A operacionalização de ações mais sensíveis às necessidades dessas pessoas, tal como foi proposta, permitiu atuar nas perspectivas de terapêutica e orientação. Ao possibilitar-lhes espaços de escuta e fala, emergiram relatos de sofrimentos, alegrias, dificuldades, dúvidas e partilha.

Ao longo do desenvolvimento da intervenção, que se deu desde o momento de sensibilização da equipe para com a proposta até o desdobramento das 12 oficinas, vivenciaram-se alguns entraves que limitaram a sua realização e a efetivação, como a falta de espaço viável; a escassez de tempo que está relacionada à falta de engajamento da equipe, sobretudo dos profissionais

médicos, tanto em atender a pactuação feita na tolerância de tempo para início dos atendimentos, como em mobilizar os familiares e/ou cuidadores a participarem do grupo, entrave este que mais influenciou no processo.

As propostas de intervenção no programa de residência multiprofissional são pensadas a partir de uma necessidade dos serviços, almejando sua permanência onde foram desenvolvidas, mas há inúmeras variáveis que atravessam essa legitimação: a precarização dos serviços por meio do subfinanciamento; a rotatividade das equipes, que afeta os processos de trabalho; a quantidade limitada de profissionais; vínculos fragilizados; entre outras.

Diante da realidade percebida nas falas dos familiares e/ou cuidadores envolvidos no grupo, e sem a pretensão de esgotar as possibilidades de intervenção a essa temática, sugere-se, como possíveis propostas de ações futuras voltadas a esse segmento, a criação de grupos operativos que identifiquem a sobrecarga por meio de instrumentos validados, podendo esse público acessar a rede de apoio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M.; *et al.* A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.

ALMEIDA, M.H.S.; MENDONÇA, E.S. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 01-24, jan./jun. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6617>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ANDRADE, L. O. M. Edição: 10 anos do Saúde da Família. **SANARE**, v.5, n.1, Jan./Fev./Mar., 186 p., 2004.

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2019.

BAARD, V. A critical review of interventionist research. **Qualitative Research in Accounting and Management**, v. 7, n.1, p.13-45, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2018.

BORGES, C. L.; *et al.* Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7474-7481, abr., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13606/16436>>. Acesso em 20 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BURIOLA, A. A.; *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná, Paraná. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 344-351, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200344&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2019.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517- 523, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2019.

DALTRO, M.C.S.L.; MORAES, J.C.; MARSIGLIA, R.G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 544-555, Jun. 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200544&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401103&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.

DIMENSTEIN, M.; *et al.* Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2019.

DUARTE, L. G. M. F.; FERREIRA NETO, J. L. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del-Rei, v. 11, n. 2, p. 473-488, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2019.

ELOIA, S. C.; *et al.* Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3001-3011, Set. 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000903001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.

ELOIA, S. C.; *et al.* Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400996&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2019.

FAVA, M.C.; SILVA, N.R.; SILVA, M.L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores

familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 41, p. 41-55, jul/dez, 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/4690/3872>> . Acesso em: 09 jan. 2019.

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2019.

GALERA, S.A.F.; *et al.* Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 774-778, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

GOMES, M.L.P.; SILVA, J. C. B; BATISTA, E. C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 03-07, abr. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X201800010001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

KEBBE, L. M.; *et al.* Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300494&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MAGALHÃES, J.F.; *et al.* Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Cuidadoras de Pessoas com Esquizofrenia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v. 10, n. 3, p.793-800, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.793-800>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MARTINS-BORGES, L.; POCREAU, J. B. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. **Estud. de Psicol.**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 577-585, dez. 2012. Disponível em: <[166 | \(Trans\)Formações das Residências Multiprofissionais em Saúde](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-</p></div><div data-bbox=)

166X2012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2018.

NASCIMENTO, K.C.; *et al.* O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.3, p. 940-948, Mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11044/12449>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

OLIVEIRA, E. N.; *et al.* A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PARENTE, J. R. F.; *et al.* A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. In: HADDAD, A. E., *et al* (Ed.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. p. 81-96.

REIS, T. L.; *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200070&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2019.

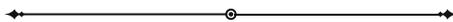
SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/150>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

SANCHES, A. C. G.; OLIVEIRA, M. A. F. Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 411-418, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Sau & Transf Soc.**, Florianópolis, v. 3, n.

2, p. 32-42, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1474>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

O CUIDADO DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM UMA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE



Gleyde Raiane de Araújo
Noraney Alves Lima
Hamilton Almeida Peixoto
Antônia Amanda Souza Araújo
Antônia Márcia Macêdo de Sousa

INTRODUÇÃO

A violência autoprovocada ou autoinfligida se apresenta como comportamento suicida, que engloba os pensamentos, ideações e atos suicidas; e como autoabuso ou autoagressão, que tem como principal manifestação a automutilação, caracterizada pela ação direta para provocar algum tipo de lesão ao próprio corpo, podendo ou não estar associada ao comportamento suicida (OMS, 2002).

Entre estas violências, o suicídio é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, pois milhares de pessoas tiram a própria vida e/ou apresentam um comportamento suicida (PERES *et al.*, 2016). Historicamente, o ato suicida ocorre desde os primórdios da humanidade, sendo aceito, proibido e/ou estigmatizado conforme as diferentes culturas. Na Grécia antiga um indivíduo não poderia cometer suicídio sem o consentimento prévio da sociedade, por ser considerado um atentado à sua estrutura. Já em Roma, o suicídio era permitido apenas para aqueles com níveis sociais elevados. Na idade média esse ato foi condenado pela Igreja Católica e pelo Estado, comparando os suicidas com assassinos e ladrões (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JUNIOR, 2011).

Atualmente, os dados epidemiológicos revelam que o suicídio se encontra entre as dez principais causas de óbitos no mundo, representando mais de 800 mil casos de morte por ano no Brasil. Dentro desse número, estima-se que para cada indivíduo que se suicida há uma média de 20 tentativas, e cerca de um terço desses apresenta histórico de tentativas repetidas (MALTA

et al., 2017). Diante do aumento do comportamento suicida entre jovens de 15 a 24, o Ministério da Saúde por meio da Portaria 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio.

De acordo com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Sobral, Ceará, o município apresentou uma diminuição nas notificações de lesões autoprovocadas quando comparado aos anos anteriores. Contudo, essa diminuição é reflexo da subnotificação, da banalização e do estigma da violência autoprovocada e não do seu decréscimo no município (SOBRAL, 2018).

Apesar da subnotificação, foram registrados em 2016 uma taxa de 5,9 suicídios por 100 mil habitantes e em 2017 essa taxa foi de 7,8. Quanto às lesões autoprovocadas foram 91 casos em 2016 e 93 em 2017. Vale ressaltar que, em 2016, 7,9 % dos casos de suicídio foram de usuários de 15 a 29 anos e, em 2017, foram 9,5% dos casos (SOBRAL, 2018).

Desde 2004, estão sendo propostas estratégias locais de atuação quanto à prevenção e notificação do suicídio. Entre estas destacamos: a educação permanente de trabalhadores da saúde, professores e usuários, elaboração e instituição da ficha de Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio, com a pactuação do fluxo de encaminhamento dos usuários atendidos nos serviços de saúde da rede SUS, por meio da Portaria 107/2007. Além das ações de prevenção do suicídio intensificadas na campanha do setembro amarelo, tivemos a criação da Comissão Permanente Intersetorial de Prevenção ao Suicídio do município pela Portaria nº 61, de 01 de agosto de 2016. A referida comissão busca articular e fortalecer a intersetorialidade para prevenção do suicídio, assumindo funções educativas, técnicas, organizacionais e éticas.

Nesse contexto, o território do Centro de Saúde da Família Pedrinhas reflete o aumento da violência autoprovocada, assim como da sua subnotificação; de acordo com o SINAN (Sistema de Informação de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória) notificou, no ano de 2016, apenas um caso de violência autoprovocada e em 2018, 5 casos (SOBRAL, 2019)

Uma psicóloga residente, coautora deste capítulo, intensificou sua atuação com este tipo de demanda, junto à Equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), a Equipe de Saúde da Família (ESF) e uma escola de ensino médio do território. Nas atividades realizadas, foram identificados alguns adolescentes com comportamento suicida ou ato autolesivo. Frente a este contexto, surgiu à necessidade desenvolvermos este processo de investigação e ação para trabalhar essa demanda no território. Para tanto partimos da seguinte questão norteadora: como podemos contribuir para a melhoria do cuidado de adolescentes com comportamento suicida?

A violência autoprovocada atravessa essa psicóloga residente em vivências pessoais e profissionais. Instigados pelas demandas e necessidades do território e dos profissionais do serviço onde foi realizada esta pesquisa-intervenção, objetivamos contribuir para a melhoria do processo de cuidado dos adolescentes, em situação de violência autoprovocada, em uma escola do Território de Saúde da Família Pedrinhas, no Município de Sobral, Ceará. Para tanto, buscamos problematizar o cuidado de adolescentes em situação de violência autoprovocada, oportunizando o desenvolvimento de estratégias de manejo e cuidado destes, por meio da pactuação de fluxos de cuidado e encaminhamento junto aos trabalhadores de saúde, gestores, professores e adolescentes de uma Escola de Ensino Médio deste território.

REFLETINDO ACERCA DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A partir da idade moderna, muitos questionamentos foram surgindo e diversos estudiosos tentaram explicar os fenômenos relacionados à ideação suicida e à concretização da morte. Um dos estudiosos que pesquisaram sobre o assunto foi Emile Durkheim (1982), que afirma que o suicídio não é considerado apenas um ato individual, por estar relacionado não só a diversos fatores pessoais, mas também está direta ou indiretamente conectado com o meio no qual o indivíduo está inserido. Considerando que a sociedade exerce um papel fundamental na construção do indivíduo, o referido autor aborda como um influenciador na mediação suicida.

No entanto, esta abordagem positivista-funcionalista não considera

o suicídio como uma questão social, produzida socialmente. Neste sentido a concepção histórico-dialética amplia essa visão ao abordar o contexto sociopolítico e econômico da sociedade bem como as ideologias presentes nas questões familiares e morais que influenciam o cotidiano das pessoas e de suas relações (MARX, 2006).

Dentro dessa concepção, diversos fatores podem estar relacionados ao suicídio na população em geral. Entre eles estão os transtornos mentais como a esquizofrenia, depressão e alcoolismo; aspectos sociodemográficos: se destacam pessoas do sexo masculino, desempregadas, residentes em áreas urbanas, migrantes, solteiras e aposentadas.

Vale ressaltar que o sexo feminino se destaca em número de tentativas. Nesses aspectos evidencia-se a vulnerabilidade que se enquadra também em conflitos sociais como perdas pessoais, isolamento, violência sofrida, desordens e conflitos interpessoais, problemas no trabalho ou pessoais (PONCE *et al.*, 2008).

As psicopatologias também estão associadas ao comportamento suicida, a presença de um transtorno mental é considerada fator de risco para a ideação, tentativa ou suicídio. A depressão é a doença mais fortemente relacionada, e os transtornos de humor em geral. Assim, muitos indivíduos que cometeram suicídio no mundo tinham algum tipo de transtorno psiquiátrico (BRASIL, 2006; OMS, 2000). Com relação à automutilação, essa associação também é sinalizada na literatura (GIUSTI, 2013).

Outro fator que pode ser de risco é a família. A falta de apoio, a insegurança e a fragilidade do vínculo familiar podem prejudicar o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de crises. Os familiares da pessoa com comportamento suicida, por vezes, sentem-se envergonhados e podem não assumir o ato, o que dificulta o acesso ao cuidado, comprometendo as notificações e gerando dados epidemiológicos que não condizem com a realidade (SILVA *et al.*, 2015). Em todos os tipos de violências autoprovocadas, a família é o primeiro ambiente que sofre o impacto, seja pelos tabus, seja pela dificuldade de manejo, portanto, também necessita de cuidados.

Entre os segmentos com maior vulnerabilidade estão os adolescentes. Durante todo o ciclo vital passamos por períodos de tensão, e a conflituosa adolescência é um período em que o indivíduo passa por transformações que implicam uma total reorganização de campos da vida. Assim, devido a essas mudanças “é um período vulnerável à ocorrência de suicídio devido às mudanças e adaptações que acontecem em todos os níveis da vida do indivíduo” (SILVA *et al*, 2015, p. 1872).

Sobre a atuação junto ao adolescente as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010) apontam o suicídio como um dos tipos de morte por causa externa nesse público e orientam sobre a construção de linhas de cuidado que levem em consideração a complexidade, vulnerabilidades, ações preventivas, atendimentos em serviços de atenção primária/básica, fatores de risco e a importância de dar voz às famílias e jovens em sofrimento, entre outras indicações. Além desses, as escolas também devem participar ativamente dessas construções, dentre outras instituições e setores públicos.

As ações preventivas são apontadas como uma das ações essenciais junto às violências autoprovocadas. A partir dessa lógica, a Portaria 1.876/GM/MS, de 2006, trata especificamente sobre diretrizes para a prevenção do suicídio no Brasil, e entre suas considerações afirma que as equipes de saúde podem intervir junto às tentativas de suicídio e atuar no âmbito da promoção e prevenção do suicídio propriamente dito. Nesse sentido, são essenciais os processos de educação permanente de profissionais, cuidadores e gestores.

Para Hildebrandt, Zart e Leite (2011) a pessoa que tenta suicídio pode passar por julgamentos o que favorece para que ela se sinta incompreendida e desamparada. Alguns profissionais de saúde e educação são atravessados por tabus e preconceitos relacionados ao suicídio e, portanto, necessitam de apoio e suporte técnico, pedagógico e assistencial.

A Educação Permanente em Saúde é um processo que nasce no cotidiano do trabalho a partir das necessidades e vivências dos trabalhadores. Sobre isso Merhy (2015, p. 9) afirma que “ali no dia a dia, esse processo é constitutivo do próprio mundo do trabalho e vai ocorrendo nos vários

atores institucionais, sem pedir licença para ninguém e sem que precise ser denominado, como processo formativo, para ser de fato lugar de formação”. Destarte, o cuidado ao adolescente em situação de violência autoprovocada necessita de uma atuação ampliada que contemple os sujeitos e espaços com apoio às escolas e aos profissionais de saúde da ESF.

PERCURSO METODOLÓGICO

Utilizamos a abordagem qualitativa (GERHART; SILVEIRA 2009, p. 31), complementada pela abordagem quantitativa no dimensionamento do problema na realidade da escola (SILVA; LOPES; BRAGA JUNIOR, 2014). O tipo de estudo realizado foi a Pesquisa-Intervenção, pois a partir da identificação de uma situação-problema objetivamos intervir proporcionando transformações na realidade.

A pesquisa-intervenção teve como sujeitos participantes: trabalhadores da saúde do Centro de Saúde da Família Dr. Mont’Alverne (CSF Pedrinhas), além de gestores, professores e alunos da Escola Estadual Dom José Tupinambá da Frota, situada no território do CSF. A referida pesquisa-intervenção foi realizada nos meses de setembro, outubro e novembro de 2018.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa-intervenção foram o interesse e desejo pela temática, a aceitação em participar e assinatura dos termos éticos pertinentes. Foram excluídos todos aqueles que estiveram em situação de discordância com os critérios supracitados.

O primeiro passo da captação dos participantes foi a apresentação do projeto tanto no CSF como na escola para os trabalhadores. Os alunos foram escolhidos pela coordenação da escola, adotando critérios como liderança, proatividade e interesse pelo tema. Após isso, procedemos com a assinatura dos termos em encontros individualizados.

Os indivíduos selecionados para a pesquisa foram: 9 alunos, 2 professores e 1 coordenador, 6 trabalhadores da saúde (4 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 1 auxiliar de serviços bucais) e 1 Psicólogo da Coordenadoria Regional de Desenvolvimento da Educação

(CREDE 6). Para designar as falas de cada categoria utilizaremos E para estudantes, T para trabalhadores do CSF, P para professores/coordenadores da escola e C para psicólogo da CREDE 6.

Utilizamos o método Arco de Maguerez (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015) que se caracteriza por ser uma ferramenta problematizadora da realidade. Assim, por meio dele proporcionamos momentos de reflexão e troca de experiências e saberes durante cinco momentos, partindo da observação da realidade, para identificar os pontos-chave, teorizando e construindo hipóteses de solução para o problema e aplicando-as na realidade.

A análise das informações foi realizada por meio de categorização temática que se caracteriza por ser um tipo de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2006). Os dados qualitativos foram coletados por meio da observação participante e análise dos relatórios de observação, diários de campo e oficinas. A partir da construção coletiva da intervenção, os dados quantitativos foram obtidos por meio de questionário elaborado e aplicado, com os sujeitos participantes, junto aos adolescentes em salas de aula, selecionadas por amostra intencional.

A presente pesquisa-intervenção foi desenvolvida respeitando as determinações éticas das Resoluções nº 510/2016 e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esse projeto foi aprovado no Sistema Integrado da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e pelo comitê de ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer nº2.933.100.

A POTÊNCIA DO ENCONTRO

No primeiro encontro da pesquisa-intervenção, após a preparação da ambiência com as cadeiras organizadas em círculo, mobilizamos os alunos participantes em sala de aula com o apoio da coordenadora pedagógica da escola. Contamos com a participação de quatro trabalhadores do CSF (2 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de serviços bucais e 1 auxiliar de serviços gerais), 2 professoras e 8 alunos num total de 14 pessoas. O objetivo

desse encontro foi incentivar os participantes a refletir sobre a realidade a partir de vivências e conhecimentos prévios sobre o tema.

Passado esse momento inicial de apresentações do grupo e esclarecimentos acerca do projeto de pesquisa-intervenção, foi solicitado aos participantes que escrevessem em uma tarjeta uma palavra, frase ou sentimento relativos às suas experiências com o suicídio e a automutilação. Após esse momento o grupo foi subdividido em três pequenos grupos, identificados com as cores das tarjetas: verde, amarelo e rosa. Essas cores indicavam em que grupo cada participante iria ficar, garantindo a representatividade dos segmentos nos pequenos grupos, nos quais foram partilhados os saberes e vivências prévios escritos nas tarjetas.

Neste processo de observação da realidade percebida e vivenciada por cada um, fizemos o compartilhamento do que os pequenos grupos haviam discutido sobre o suicídio, automutilação e questões afins. Os dados coletados a partir dos registros do roteiro de observação direta e do diário de campo deste momento nos permitiram categorizar os principais temas que surgiram: 1) Os tabus acerca da violência autoprovocada; 2) A empatia com o sofrimento mental do outro.

Os tabus relacionados ao suicídio expressos pelos sujeitos já foram abordados em outros estudos (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011; PERES *et al*, 2016; BERTI, 2010). Observamos que esse aspecto ainda tem muita força no cotidiano das pessoas devido às fortes raízes religiosas, morais e culturais, intrínsecas às questões relacionadas à morte/vida e saúde mental, como podemos identificar nas seguintes falas dos participantes da pesquisa-intervenção:

“Já me mutilei e as pessoas falavam que era drama...” (E1); “Os pais de muitos adolescentes falavam que o menino era doido, que era falta de Deus” (T1). Além disso, a falta de acesso à informação também é associada como grande influenciadora desses tabus sociais, podendo gerar uma visão reducionista do problema. Esta fala de um sujeito da pesquisa-intervenção reafirma esse tipo de visão reducionista: *“Hoje a sociedade está no modismo, adolescentes tentando entrar na moda de se automutilar” (P1)*

Gonçalves (2016), em um estudo realizado com adolescentes, também encontra essa forma de caracterizar a automutilação. Outros aspectos abordados afirmam que as redes sociais e a internet são usadas como local de aprendizagem e ensino de violência autoprovocada (GONÇALVES, 2016; KOCH; OLIVEIRA, 2015). Essa situação pode ser reflexo da necessidade de identificação e pertencimento grupal presente na adolescência (MEIRELLES; HERZOG, 2008). Em seus estudos Bernardes (2015) traz a questão supracitada sob a lógica do fenômeno em cadeia, que também se aplica ao suicídio, lembrando que:

Chama-nos a atenção a semelhança com que o comportamento de automutilação se perpetua, como o Efeito *Werther*. Não como em 1777, quando o livro foi publicado, mas agora através da *internet*. O comportamento de imitação é percebido no discurso das adolescentes. Estas conheciam alguém que apresentava tal comportamento, fizeram pesquisas na *internet* ou participaram de grupos nas redes sociais ou mesmo enviavam fotos das suas “marcas” através de *smartphones* (p.98).

Dessa forma, argumenta-se que “o assunto necessita ser trabalhado, estudos desenvolvidos e divulgados para a conscientização da sociedade, os diversos profissionais da área de saúde precisam ser capacitados com disciplinas específicas na sua formação” (PERES *et al.*, 2016), bem como profissionais da educação e dos demais setores.

Outro aspecto que surgiu nas falas foi a capacidade de compreender o sofrimento do outro de forma empática, seja por já ter vivenciado situações de adoecimento psíquico, seja por possuir uma compreensão mais ampliada sobre o tema, como podemos observar nas falas a seguir:

Já conheci alguém que passou por isso (E2).
Já tive depressão e entendo o que muitos passam (T1).
Passei quatro horas conversando com uma menina que nem conhecia e ela agradeceu demais, porque ela disse que acordou decidida a tirar a vida (T2).

Não podemos apontar até que ponto essas vivências anteriores influenciam na visão atual dos participantes, mas segundo Takaki e Sant’Ana

(2004, p. 83) “a empatia é uma habilidade que poderá ser desenvolvida pelo profissional a partir de sua sensibilidade, respeito, apreciação dos sentimentos do outro. Implica ainda autoconhecimento”. Neste sentido, acolher, não julgar são características importantes no cuidado em saúde mental, visto os estigmas e preconceitos atrelados a esse conceito.

De maneira geral, os participantes se mostraram abertos e engajados no assunto, demonstraram uma visão ampliada sobre a violência autoprovocada, bem como disponibilidade para cuidar do outro que precisa de ajuda. Os aspectos da realidade de cada um foram emergindo e sendo problematizados no coletivo, proporcionando que o encontro atingisse o objetivo de observar a realidade da violência autoprovocada.

No segundo encontro aglutinamos três momentos da intervenção (Pontos-Chave, Teorização e Hipótese de Solução). Contamos com a participação de três trabalhadores do CSF, dois professores e sete alunos. O encontro foi realizado no mesmo local do anterior.

O objetivo do primeiro momento foi identificar os pontos principais que influenciam a situação-problema, para que os aspectos mais importantes sejam analisados de forma mais aprofundada. Desse modo, iniciamos com uma dinâmica quebra-gelo que falava sobre abraços e sua importância para a concretização de relações afetivas mais próximas e acolhedoras, qualidades essenciais no cuidado em saúde mental e bem-estar cotidianos. Separamos os participantes em duplas e foram orientados a se abraçarem de acordo com as instruções: abraço jacaré, abraço ferro de passar, abraço expectorante e abraço acolhedor.

Após esse momento, o grupo foi subdividido em três e orientado a identificar pontos-chave, ou seja, fatores que influenciam a existência da violência autoprovocada em adolescentes. A discussão em grupo fez emergir com maior intensidade três temas: 1) Dificuldades de expressão emocional; 2) Preconceitos; 3) Falta de apoio familiar.

A literatura traz correlações entre comportamento suicida e automutilação com as questões emocionais na adolescência (SILVA, 2012;

GONÇALVES, 2016) e uma inabilidade de lidar com as frustrações, lançando mão desses comportamentos na tentativa de suprimir essas emoções desajustadas (BERNARDES, 2015).

Outra categoria temática que identificamos foi o preconceito. Para Peres *et al.* (2016, p.121-122) os tabus relacionados ao suicídio se referem aos vários campos, como o religioso, moral, social e também às questões individuais. Os preconceitos relativos à violência autoprovocada já foram citados anteriormente como problemas a serem enfrentados para o cuidado de adolescentes nessa situação.

Estudos relacionam os problemas intrafamiliares à violência autoprovocada em adolescentes (GOMES, 2015; MEIRELLES; HERZOG, 2008). Assim, família pode ser um fator de risco ou proteção, dependendo de como ela se organiza.

Todas as relações são essenciais para a saúde psicoemocional do adolescente. “Torna-se necessário o fortalecimento das redes de apoio dos adolescentes, envolvendo principalmente a família, grupos de pares e escola, promovendo relações mais satisfatórias e maior bem-estar, tendo em vista que os relacionamentos pessoais e a percepção de apoio ocupam um importante papel nessa etapa do ciclo vital” (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013, p.12)

A teorização foi realizada utilizando-se como referencial a obra *Prevenção do Suicídio: manual para professores e educadores da Organização Mundial da Saúde* (OMS, 2000). O objetivo desse momento foi realizar por meio de compartilhamento com o coletivo teóricas e reflexões críticas sobre a realidade da violência autoprovocada em adolescentes, situando estas na realidade da escola. Para tornar mais dialógico este momento, utilizamos dois vídeos encontrados na plataforma da internet *Youtube*, intitulados *Setembro Amarelo: acolher é a melhor prevenção* (REDE D’OR SÃO LUIZ, 2018) e *Suicídio* (MINUTOS PSÍQUICOS, 2016).

No próximo passo os subgrupos se reuniram e foram orientados a buscar hipóteses de solução para os pontos-chave indicados anteriormente. Um representante de cada grupo apresentou as ideias que surgiram das

discussões. Desse momento três temas propositivos ganharam destaque: 1) Melhoria do acesso à informação; 2) Ampliação de projetos de prevenção da violência autoprovocada; 3) Fortalecimento dos espaços de cuidado e expressão de adolescentes e jovens. Objetivamos com isso realizar a construção de estratégias viáveis para combater as situações-problema identificadas anteriormente.

O acesso à informação, bem como a ampliação de projetos que tratam sobre o tema vêm sendo amplamente orientados pela maioria dos trabalhos referentes à violência autoprovocada (KOCH; OLIVEIRA, 2015; SILVA *et al.*, 2015).

A realização de programas nas escolas funciona como uma forma de combater o preconceito e tabus relacionados ao tema, divulgar os serviços que acolhem pessoas em sofrimento psíquico, dispensando-lhes manejo e cuidado. “Elementos essenciais para os programas prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada” (OMS, 2000 p. 3). Essa prática tende a ter maior eficácia quando realizada de forma intersetorial, respeitando a realidade de cada contexto.

Por fim, avaliamos que algumas pessoas têm maior intimidade com o tema. Na grande maioria dos diálogos no grupo maior, percebemos uma fala mais centralizada em sete pessoas, no entanto, as demais, quando silenciavam, permaneciam escutando atentamente o que era discutido.

DIMENSIONANDO O PROBLEMA PARA MELHOR INTERVIR

No terceiro momento, partimos dos conhecimentos e estratégias propostas nos encontros anteriores, para estruturar coletivamente atividades a serem realizadas na escola. Para tanto, realizamos uma vivência e um planejamento estratégico participativo. Neste encontro da intervenção participaram dois trabalhadores do CSF e seis estudantes. Nos dois encontros que iremos discorrer a seguir tivemos uma diminuição na adesão dos participantes, sendo estes representantes docentes e estudantes.

Iniciamos com o acolhimento do grupo por meio da vivência: Olhos

que falam, nesta os participantes em dupla olharam-se durante três minutos em silêncio. O objetivo foi mostrar a importância de olhar e se conectar com o outro, percebendo o não dito. Após a vivência, o grupo compartilhou suas impressões e afetações:

Me senti envergonhado, é difícil, parece que ela estava me avaliando... (E1).

A gente não para pra fazer isso né? A gente não olha ao nosso redor (T2).

Acho que devíamos buscar fazer isso com mais frequência, mas no corre-corre a gente não consegue ...(T3).

Logo em seguida, a facilitadora resgatou em síntese os problemas/desafios identificados na oficina anterior e todo grupo foi incentivado a pensar atividades prioritárias para elaboração de um plano de ação com relação à violência autoprovocada dentro da escola. Algumas ideias que surgiram foram: Oficinas; Rodas de conversas; Linha de cuidado.

No entanto, após a discussão sobre a viabilidade das atividades propostas, devido à dificuldade de adesão de gestores e professores aos encontros, todos escolheram seguir a ideia de uma das estudantes de aplicar um questionário sobre questões relacionadas à violência autoprovocada com o maior número possível de alunos. Essa estratégia foi pensada como uma forma de dimensionar o problema e sensibilizar a comunidade escolar para a importância de trabalhar o tema na escola.

Devido à disponibilidade dos profissionais e estudantes, foi pactuado que esta se daria apenas no turno matutino. Decidimos que estariam garantidos o anonimato e a participação voluntária dos adolescentes. Pactuamos também que antes da aplicação informariamos sobre os objetivos da atividade, data e hora da aplicação, divulgando ao final, os locais onde poderiam buscar ajuda: CSF, CAPS e na própria escola.

Conforme o planejado, o quarto momento da pesquisa-intervenção foi uma atividade de campo, na qual tivemos a aplicação do questionário, contando com a participação de três trabalhadores do CSF e seis estudantes.

Após isso pactuamos a realização do último encontro de avaliação da pesquisa-intervenção e apresentação dos dados coletados. Aplicamos no total 319 questionários, a partir dos quais consolidamos e apresentamos os seguintes dados:

Figura 1 – Número de adolescentes quanto ao conforto. Sobral, Ceará, 2018.

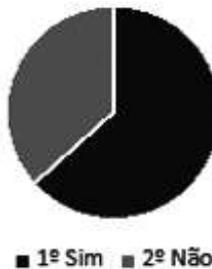
Em que ambiente você se sente mais confortável ?



Fonte: Própria.

Figura 2 - Número de adolescentes que se sentem tristes. Sobral, Ceará, 2019.

Você tem se sentido triste ultimamente?



Fonte: Própria.

Podemos perceber na Figura 1 que a grande maioria dos alunos afirmam se sentir mais confortáveis em suas casas. Dessa forma, avaliamos ser importante que esse dado seja pesquisado com maior profundidade em pesquisas futuras. No Figura 2 temos muitos relatos de tristeza. Sobre isso compreendemos que é multicausal, mas destacamos que esse dado simboliza

a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde emocional desses adolescentes.

Figura 3 – Número de adolescentes que já praticaram automutilação. Sobral, Ceará, 2018.



Fonte: Própria.

Figura 4 – Número de adolescentes que já pensaram em suicídio. Sobral, Ceará, 2018.

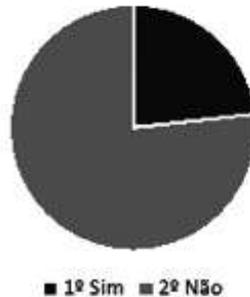


Fonte: Própria.

Os altos índices de violência autoprovocada entre os adolescentes, demonstrados nos Figuras 3 e 4 são corroborados pelas pesquisas de outros autores (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). Esses dados indicam a necessidade urgente de ações intersetoriais de prevenção e cuidado nesse campo.

Figura 5 – Adolescentes que acreditam precisar de ajuda. Sobral, Ceará, 2018.

Você acredita que precisa de ajuda?



Fonte: Própria.

Outro aspecto que destacamos é a necessidade de ajuda referida pelos adolescentes como consta no gráfico 5. Esse dado também é relatado na literatura, em um estudo sobre suicídio, Azevedo (2012, p.17) coloca que outro dado importante é o que se refere às claras solicitações de continência, de ajuda e de escuta presentes nas falas dos usuários. Reconhecer que necessita de ajuda é um fator crucial no processo de cuidado.

POR DIÁLOGOS, PACTOS E FLUXOS INTERSETORIAIS E INTERPESSOAIS

Os dois tópicos a seguir versam sobre os dados e análise do último encontro da intervenção, este durou cerca de 3 horas e 30 minutos. Neste contamos com a presença de sete alunos, dois trabalhadores do CSF e um psicólogo da CREDE 6.

No primeiro momento acolhemos os participantes, logo após iniciamos apresentando os dados coletados na aplicação dos questionários aos alunos. Notamos a preocupação de todos os presentes com a quantidade de alunos em sofrimento psíquico e prosseguimos com a construção de uma linha de ação para suporte no cuidado.

Na segunda parte do encontro foi realizada a avaliação geral do projeto,

utilizando-se uma ficha específica. Todos os participantes consideraram a pesquisa-intervenção e o tempo de duração das oficinas ótimos ou bons. Avaliaram-na também ser ela relevante e benéfica para a melhoria do cuidado aos adolescentes.

Para finalizar o encontro, os participantes foram incentivados a fazer uma avaliação sobre os pontos negativos e positivos do projeto. Devido a outras demandas, nesse momento contamos com a presença de três representantes da escola. Como pontos positivos indicaram a continuidade do projeto, fortalecimento da relação CSF/escola, como podemos notar nas falas:

O projeto devia continuar se precisarem do posto, estamos à disposição (T2).
Deveria ter esse grupo durante todo o ano (E1).
Esse é um projeto que abre muitas possibilidades de atuação, devemos continuar no próximo ano (C1).

No entanto, um tema emergiu mais fortemente tanto das falas dos participantes como das observações realizadas pelos pesquisadores durante todo o projeto: o protagonismo dos alunos. Podemos notar em duas falas esse aspecto: “*O gás do projeto foi os alunos, por ter interesse desde o primeiro encontro*” (T1); “*Podemos perceber um interesse muito forte nos meninos de que vá pra frente*” (C1)”

Avaliamos que grande parte do engajamento dos estudantes esteja relacionada ao respeito e espaço de sua fala e à valorização das vivências e concepções deles durante todo o andamento do projeto. Sobre isso Matos e Tome (2012, p. 342) declaram que:

O envolvimento dos adolescentes em atividades na família, na escola, na comunidade, em que possam ser escutados e ter suas opiniões levadas em consideração em decisões importantes de suas vidas podem promover mudanças pessoais e nos contextos em que esses jovens se desenvolvem. Situações de violência, por exemplo, podem ser evitadas, uma vez que os participantes, mais conscientes de seus direitos e deveres, têm a oportunidade de sentir-se empoderados e capazes de ir em busca de melhores condições de vida.

Dessa forma, o projeto possibilitou um espaço de protagonismo e autonomia, como podemos observar na fala de um dos estudantes: *“Passei a ajudar mais pessoas e antes achava que não conseguiria (E3)”*

Portanto, proporcionar espaços de escuta e autonomia, incluindo todos os atores na construção de projetos e atividades, facilita o processo de aprendizagem de maneira que faça sentido e conseqüentemente tenha maior participação dos adolescentes na escola ou em qualquer campo que desejamos trabalhar com esse público. Como pontos negativos todos citaram: a baixa adesão de representantes da escola (principal); baixa probabilidade de continuação das atividades; e indiferença por parte dos gestores da escola, quanto à saúde mental dos alunos, como podemos notar nas falas:

A escola não se envolve, não vejo interesse da mesma e não deveria ser apenas os meninos à frente disso aqui [...] (T2).
A escola não se importa com os alunos, por isso o índice é baixo, porque eles não veem a base (E1).
Não somos máquinas de resultados, somos humanos, temos sentimentos (E3).

Essa concepção de distanciamento dos gestores/professores dificulta os relacionamentos interpessoais na escola. Assim, “o envolvimento da comunidade educativa assume um papel preponderante em todo este processo, importando assegurar e garantir as condições para a implementação e o sucesso dos projetos sendo por isso, muito importante a sua inclusão nos projetos educativos” (SANTOS *et al.*, 2014 p. 23). Tivemos também relatos dos representantes da gestão, estes se posicionaram sobre suas concepções acerca dessa baixa adesão dos profissionais da escola: *“Só a escola não consegue lidar com esses grupos e com essa demanda” (P1); “A escola virou um consultório psicológico, isso é responsabilidade da saúde” (P2); “Não sei como lidar e não quero saber” (P3).*

Nesse ponto podemos perceber falas que demonstram que eles percebem o problema, mas, por questões não relatadas, preferem não se envolver ou deixar a cargo dos serviços de saúde. Esse tipo de pensamento vai de encontro a proposta do projeto, que é justamente o fazer junto, dividir

responsabilidades, e fortalecer a intersetorialidade. Após um diálogo intenso sobre os papéis e corresponsabilidade, pudemos ver um grande adoecimento e sobrecarga dos profissionais da escola, como relatam as falas: “*Não tenho manejo, antigamente não tinha isso, não temos preparo*” (P3); “*Precisamos de apoio, talvez mais profissionais (...)*” (P2); “*Não sei mais o que fazer para ajudar os alunos*” (P2); “*Estou até o pescoço, esgotada e cansada*” (P1).

Sobre este adoecimento e tensões dos profissionais da educação, podemos encontrar vários estudos na literatura (SANTOS; BARROS, 2015; OZIOLO, 2015) que corroboram as falas aqui apresentadas. Dessa forma, esses profissionais também precisam de cuidado para que possam ser parceiros nos projetos e programas de cuidado na escola. Diante das questões supracitadas pactuamos que o CSF participaria da jornada pedagógica da escola em 2019.

CONSIDERAÇÕES E APRENDIZADOS

A partir dessa pesquisa-intervenção, pudemos refletir que o indivíduo é cotidianamente atravessado por muitos fatores que influenciam a sua subjetividade, fazendo com que a violência autoprovocada seja um fenômeno complexo. De forma geral, nos sujeitos que participaram ativamente da pesquisa-intervenção, percebemos atitudes acolhedoras. O protagonismo dos estudantes foi o maior destaque, sendo evidente durante todo o processo a importância que eles davam às construções do coletivo.

O grande desafio que tivemos foram as dificuldades de adesão de profissionais da escola. Esse aspecto por vezes veio à tona, sob forma de questionamento quanto à inviabilidade das ações, pois havia pouca governabilidade para atuarmos na instituição sem a implicação de professores e gestores com a pesquisa-intervenção. Compreendemos que as dificuldades apresentadas por este segmento para participação dos encontros estão relacionadas às condições de trabalho e às necessidades de educação permanente.

Outro aspecto que enfatizamos aqui é a necessidade de educação permanente para trabalhadores da saúde e educação sobre violência

autoprovocada para que consigam desenvolver estratégias intersetoriais de cuidado e manejo. Trabalhar a interface entre saúde e educação se mostrou um desafio, devido às distintas agendas e prioridades de cada política. Diante deste contexto, precisamos fortalecer esses laços para que assim possamos realizar ações verdadeiramente eficazes.

Com base na avaliação deste processo, consideramos ter contemplado o objetivo geral desta pesquisa-intervenção, contribuindo para a melhoria do processo de cuidado dos adolescentes em situação de violência autoprovocada em uma escola do Território de Saúde da Família Pedrinhas, no Município de Sobral-Ceará. Apesar dos desafios, conseguimos encontrar saídas e possibilidades de atuação e identificar outras necessidades.

Conforme o previsto, realizamos uma devolutiva da pesquisa-intervenção na reunião da Comissão Intersetorial de Prevenção ao Suicídio de Sobral/CE. Vale ressaltar que a gerente do CSF participou em janeiro de 2019 da jornada pedagógica da escola, o que sinaliza a continuidade deste e/ou outros projetos. Por fim avaliamos que ações como esta são essenciais para que a violência autoprovocada seja prevenida. Recomendamos a disseminação desta pesquisa-intervenção, como também o desenvolvimento de outros estudos e projetos que trabalhem o tema.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.G. **A abordagem ao suicídio no SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso. 45f, 2012. Disponível em: <<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/MONOGRAFIA-ELIZA-AZEVEDO.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019

BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado) Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro de Ciências da Saúde – SC. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.61.01/1533>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, 06 e 07 de abril de 2016**. Que dispõe sobre o dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016 Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

DURKHEIM, E.; *et al.* **O suicídio**: estudo sociológico. 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1876/GM/MS de 14 de agosto de 2006**, institui diretrizes nacionais para Prevenção do Suicídio. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de agosto de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 14 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em 22 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10ce.def>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

CORREA, H.; BARRERO, S. P. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, H.; BARRERO S. P. (Org.). **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.3-10.

GATTI, Bernardete A. Educação, escola e formação de professores: políticas e impasses. **Educar em Revista**, v. 29, n. 50, p. 51-67, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/34740/21529>. Acesso em: 13 jan. 2019.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. 184f. Tese (Doutorado) – Programa de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

GOMES, M. A. **Construção da escala para viver (emviver)**. 2015. 132f. Tese (Doutorado) Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco, 2015. Disponível em: <<https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/515675561147477.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GONÇALVES, J. N. **“Vocês acham que me corto por diversão?” Adolescentes e a prática da automutilação**. 2016. 138f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Uberlândia. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/20878/5/VocesAchamQue.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GONCALVES, L. R. C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, Ago. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov 2017.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre:

editora da UFGRS, 2009.

HILDEBRANDT, L. M.; ZART, F.; LEITE, M. T. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8951/9623>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

KOCH, Daniel Buhatem; DE OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 161-172, 2016. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226/5132>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

MALTA, D. C.; *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol**. v. 20, n 1, p 142-156, mai 2017. Disponível em: <https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:0PiGtyWwX30J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em 09 nov 2017.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio**. BOITEMPO, São Paulo, 2006.

MATOS, M. G.; TOMÉ, Gina. **Aventura social: Promoção de competências e do capital social para o empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade: Estado da arte (Vol. 1)**. Lisboa: Placebo Editora, 2012. Disponível em: <<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AVENTURA%20SOCIAL%20VOL%201.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MEIRELLES, Z.; HERZOG, R. A violência na vida de adolescentes e jovens In: BRASIL. **Saúde do Adolescente Competências e Habilidades**. Brasília – DF, 2008.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINUTOS PSIQUICOS. **Suicídio.** 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=I2iv6SVZcz8&t=161s>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 21 nov 2017.

_____. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

_____. Departamento de saúde mental. (2000). **Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores.** Transtornos mentais e comportamentais. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: 11 jan 2019.

OZOLIO, L.F.A.; *et al.* **Adoecimento funcional docente na rede municipal de educação de Belo Horizonte: estudo de caso da Regional Pampulha.** 2015. Disponível: <<http://www.mestrado.caeduff.net/wp-content/uploads/2016/02/LEANDRO-FERNANDO-ANDRADE-OZOLIO.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

PONCE, J. C.; *et al.* Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Rev. Psiq. Clín.** V 35, supl 1; 13-16, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/522/2/rpc.S0101-60832008000700004.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2017.

PERES, A. L.; *et al.* Morte silenciada: o suicídio e a representação social. **Rev. Ambiente Acadêmico**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://cachoeirodeitapemirim.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/revista-ambiente-academico-edicao-3-artigo-7.pdf>>. Acesso em: 08 nov 2017.

REDE D'OR SÃO LUIZ. **Setembro amarelo acolher é a melhor prevenção.**

2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ladqumkt_4A>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SANTOS, J.C.; *et al.* + **Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa**. Serie monográfica Educação e Investigação em Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 121f, 2014.

SANTOS, F.W.C; DE MELO BARROS, L. O adoecimento psíquico do docente: um diálogo entre educação e psicologia. **Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Edu.**, v. 8, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/1328/47>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SILVA, D; LOPES, E.L; BRAGA JUNIOR, S.S. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 5, n. 1, p. 01-18, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285565583_Pesquisa_Quantitativa_Elementos_Paradigmas_e_Definicoes>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SILVA, L. L.T.; *et al.* O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 5, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/767/939>>. Acesso em: 22 nov 2017.

SILVA, P. M. Automutilação na adolescência: o acesso a tratamento médico como direito fundamental. In: **19th World Congress on Medical Law**, Maceio, 2012. Disponível em: <<http://www.mutuadosmagistrados.com.br/sitemutua/wp-content/uploads/2014/07/automutilacaonaadolescencia.pdf>>. Acesso em: 9 jan 2019.

SOBRAL. Secretaria de Saúde Municipal de Sobral - Ceará. **Reterritorialização do Bairro Pedrinhas 2015-2016**. Sobral: 2016.

SOBRAL. **Portaria 107/2007, de 14 de agosto de 2007**. Institui a Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio para os pacientes atendidos nos serviços de saúde da rede SUS. Diário Oficial do Município de Sobral – Ceará, Secretaria da

Saúde e Ação Social, Sobral, CE, 30 ago. 2007. Ano X, n 2010, p. 11. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/diario/IOM210.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

_____. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio do mundo, brasil e sobral. 2018. 28 slides.

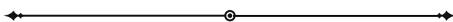
_____. **Portaria nº 61 de 01 de agosto de 2016.** Institui a comissão permanente intersetorial de prevenção ao suicídio do município de sobral. Impresso oficial do município de Sobral. Disponível em: www.sobral.ce.gov. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

_____. SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sobral, 2019.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. de M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>>. Acesso em: 9 jan. 2019.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

ESPAÇOS DE ESCUTA COMO DISPOSITIVOS DE CUIDADO E SAÚDE COMUNITÁRIA



*Joélia Oliveira dos Santos
Ana Karina de Sousa Gadelha
Noraney Alves Lima
Carina Guerra Cunha
Francisco Gilmário Rebouças Júnior*

ACOMPANHAMENTO DAS LINHAS E FLUXOS

A vivência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em Sobral, Ceará, nos colocou em contato com os desafios, potencialidades e processualidades do território de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Das muitas afetações que mobilizaram essa pesquisa, destaca-se a dificuldade em visualizar espaços de escuta, como parte do cuidado em saúde, para além dos atendimentos individuais de Psicologia.

Diante disso, realizamos esta pesquisa-intervenção a partir da questão norteadora: como os espaços de escuta podem ser estimulados para problematizar o cuidado, a saúde mental, a promoção da saúde e o fortalecimento da vida? Acreditamos que há muitos caminhos a seguir. No entanto, os traçados que ensaiamos por aqui partem de um lugar que pensa os papéis do trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) e os saberes e fazeres da Psicologia nesse cenário, implicados com as questões sociais.

Neste contexto, identificamos a necessidade de lançar nossos olhares sobre a escuta, sobre os espaços engendrados pelas pessoas no território e sobre como essa escuta pode se configurar como dispositivo de produção de saúde. A escuta que pensamos construir partilha do princípio que Manoel de Barros (2010) nos apresenta, posto que ao se abrir para as possibilidades em exercitar funcionalidades outras como “escutar cor”, a escuta pode se constituir como ferramenta que entra em contato, respeita e reconhece os diversos papéis que cada sujeito desempenha no mundo e na sua comunidade, nas múltiplas marcas que o mundo faz no corpo desse sujeito e vice-versa, nos ensaios de

vida a partir das experiências cotidianas.

No processo de contextualização e interlocução, nosso objeto de intervenção pode se desenhar e se (re)inventar na medida em que a realidade comunitária o atravessa. É tarefa que exige esforço, pois como nos falam Deleuze e Guattari (1995, p.93): “não é fácil perceber as coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para a direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda”. Portanto, que nas coisas vistas de outros ângulos, pelos meios, possamos perceber não apenas os espaços de escuta como também o trabalho da Psicologia, em outras formas.

Nesta perspectiva, esta pesquisa-intervenção teve o objetivo de estimular espaços de escuta no território como dispositivo de cuidado e saúde comunitária. Para tanto, buscamos mapear espaços grupais no território em que as narrativas sobre sofrimento psíquico eram compartilhadas, articular potenciais cuidadores comunitários do território que se envolveram com a escuta e fortalecer a atuação desses cuidadores nos espaços de escuta ativa.

TRAÇADOS E PASSOS DA CAMINHADA

A experiência com esta pesquisa-intervenção deflagrou espaços de diálogo, aproximações, distanciamentos, idas e vindas na tentativa de articulações entre as produções teórico-conceituais e metodológicas que perpassam o trabalho de construção de um objeto e problematiza-o para que os demais sujeitos se debrucem na coprodução de conhecimentos e ações no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, a abordagem desenhada por nosso objeto, aponta para a pesquisa qualitativa, justamente por pretender investigar a escuta em sua processualidade, a partir dos vetores que a agenciam e a produzem em interface com a realidade social e suas conjunturas políticas, econômicas, culturais e comunitárias. A natureza do objeto de intervenção se mostra imperativa quanto à abordagem, pois se propõe a compreender processos que estão para além de uma escala numérica que busque quantificá-los, na medida em que o que mais nos interessa são os enlaces e as articulações que tecem com

a realidade (GODOY, 1995).

Assim, consideramos que o objeto das Ciências Sociais e Humanas exige uma postura de investigação que compreenda a produção de conhecimento a partir de sua historicidade, implicando a complexidade de sua produção que se desenha a partir das diferentes formas de organização e construção da sociedade, de suas tessituras heterogêneas e singulares (MINAYO, 2009).

Alinhado à pesquisa qualitativa, o percurso metodológico se fez a partir da perspectiva do *Método Clínico-Comunitário* por meio da proposta de Terapia pelo Encontro em suas quatro linhas de facilitação, a saber: 1) Conversa Existencial; 2) Diálogo-Problematizador; 3) Dramatização ; 4) Vivência Biocêntrica. Esta terapia se constitui enquanto estratégia grupal, ou terapia popular, com ênfase na prevenção e cuidado em saúde mental, a partir de espaços de acolhimento e superação do sofrimento, bem como de expressão e aumento da potência de existência. Assim, possibilita o acolhimento em situações de sofrimento, reconhecendo-o para além de uma demanda de ordem individual (GÓIS 2012).

Desse modo, tomamos como ponto de ancoragem e referência para o planejamento e realização das oficinas, essa perspectiva clínica, como força frente a alta demanda reprimida em saúde mental e à fragilização de uma linha de cuidado em um serviço de saúde de atuação da residência.

A pesquisa teve como cenário o território de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) da Expectativa, em Sobral, Ceará, composto pelos bairros Parque Silvana I e II, Expectativa e Alto da Brasília e área rural Fazendinha, por onde iniciamos nossa deambulação sobre os espaços de escuta. Trata-se de comunidades que possuem áreas de risco e vulnerabilidade sociais, por vezes marcadas por estigmas e estereótipos principalmente relacionados às situações de violência, pobreza, drogadição, entre outros estigmas e estereótipos que são, em certa medida, usados como referência para fundamentar alguns sentidos e enunciados não somente sobre a comunidade, mas também sobre seus moradores.

No entanto, compreendemos que o território com suas nuances, escapes e fluxos, (re)constrói cotidianamente suas paisagens a partir das relações que seus moradores desenvolvem com a comunidade, para além do espaço físico e geográfico.

Portanto, em cena algumas paisagens já cartografadas pela pesquisa:

No movimentar do corpo se cartografando pelas ruas estreitas de casas coloridas.

Na atenção roubada a partir dos encontros pelas ruas.

Na audição estimulada pelas músicas, falas, risos, buzina do VLT, som dos ventiladores da Fábrica Coelho, no toque de olhares se buscando no cheiro de biscoito de um lado da rua e de esgoto do outro lado, ali no ato de caminhar, perceber e se deixar tocar o território da Expectativa se desenhava.

Ali nos gritos silenciosos das histórias respirando em cada esquina.

Nos papéis, territórios existenciais, narrativas e espaços não vazios preenchidos pelos traçados de seus moradores.

Nas pulsações engendradas pelos fluxos de gentes, sentires, sentidos e sonhos crescendo sobre o chão do lugar.

Ainda que a princípio, os sonhos parecem contrários a uma realidade vulnerável, empobrecida, dolorida, injusta e desigual. Mas apenas parecem, pois os sonhos coexistem com tal realidade germinando no entre das contradições, acesos nos olhares, nos gestos e narrativas de seus moradores onde sonhos, desejos, esperança e fé fazem força frente à dureza da realidade. Uma força que produz ruptura e sinaliza as resistências, em um território que teima, que se (re)desenha nos fluxos, entres e devires.⁸

Uma realidade comunitária contextualizada e territorializada em que toda e qualquer tentativa de contato se engendra no desafio de experienciar, sentir e escutar as pessoas, o que têm a dizer, o que lhes aflinge, como lidam com as dificuldades, como se reinventam, como criam sentidos outros para suas existências. Pois como nos lembra Ceccim (2005):

Para adentrar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em

⁸ Texto produzido por Joélia Oliveira dos Santos.

relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é, detectável na realidade (p. 983).

Portanto, os participantes da pesquisa foram os sujeitos que vivenciaram e apreenderam a comunidade a partir dos contratos que teceram nas relações com os territórios e espaços sociais do lugar. Foram os que teceram mapas e cartografias ao trilhar a comunidade, os que sentiram em seus corpos as implicações das fronteiras físicas e simbólicas, os que as reafirmaram ou as desconstruíram. Pois se trata aqui de um território praticado e atravessado pelos caminhos marcados pelos passos, mas também pelos enunciados, o dito e o não dito que orientam esses passos, que ajudam a construir os fluxos por onde seus moradores transitam (BRITTO; JACQUES, 2012).

A definição dos participantes se deu a partir dos seguintes pontos: 1) Aceitar voluntariamente; 2) Ser morador da comunidade e do território de abrangência do CSF, pois nossa discussão sobre espaços de escuta não é generalizada, mas a partir de uma realidade social com seus atravessamentos e processualidades; 3) Ser facilitador de grupos comunitários já existentes; 4) Exercer algum tipo de liderança comunitária, visto como referência para processos de desenvolvimento comunitário. Entre facilitadores e membros dos grupos totalizaram nesse estudo 40 participantes.

Ademais, os participantes foram convidados pessoalmente a partir de visitas aos espaços já mapeados em que há a presença de grupos, de seus facilitadores e de lideranças comunitárias. Para tanto, tomamos como referência o relatório de territorialização elaborado anualmente pela equipe de referência do CSF e equipe multiprofissional em que constam alguns desses dados e vislumbres dos participantes.

O registro dos dados da pesquisa-intervenção encontrou no diário de campo uma ferramenta que, além de conter as anotações sobre o campo, exercita, a partir do encontro com a escrita, um pouco da riqueza que habita os dizeres como possibilidade de expressão da experiência de se relacionar com o território e com os moradores da comunidade. Os relatos no diário de

campo são:

Exemplos de como a escrita, ancorada na experiência, performando os acontecimentos, pode contribuir para a produção de dados numa pesquisa. Ao escrever detalhes do campo, paisagens e sensações, o coletivo se faz presente no processo de produção de um texto. Nesse ponto, não é mais um sujeito pesquisador a delimitar seu objeto. Sujeito e objeto se fazem juntos, emergem de um plano afetivo (POZZANA; KASTRUP, 2009, p. 73).

Assim, o diário parece carregar a intenção de dar vazão ao que nasce nos encontros, os afetos, as sensações, os ditos, não ditos e os desvios que se produziram no período de agosto a dezembro de 2018..

A análise e sistematização dos dados se deram a partir da aproximação com a abordagem da *Sociopoética* em função da multiplicidade e singularidade que atravessaram a intervenção. Tavares (2016) aponta que na Sociopoética a potência da criação se ensaia no princípio de respeito e igualdade frente aos múltiplos saberes dos sujeitos, com ênfase para a criatividade artística como marca para o processo de invenção do conhecimento.

Desse modo os dados produzidos e a análise ganharam sentido e se aproximaram da experiência por meio das relações com a criatividade, o movimento, a imaginação, o desejo, o corpo em contato com a realidade, as (re)invenções da potência de afetar e se deixar afetar. Assim os dados foram sistematizados a partir da estrutura dos textos e narrativas quanto ao uso das imagens, ganhando formatos diversos como, por exemplo, a poesia, e demarcando a força da experimentação estética e do desejo ao legitimar as narrativas e encontros.

A pesquisa-intervenção se desenvolveu em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que assegura a integridade individual e coletiva a partir dos referenciais básicos da bioética: autonomia; não maleficência; beneficência; e justiça, em que direitos e deveres são expressos no que concerne ao exercício da pesquisa científica.

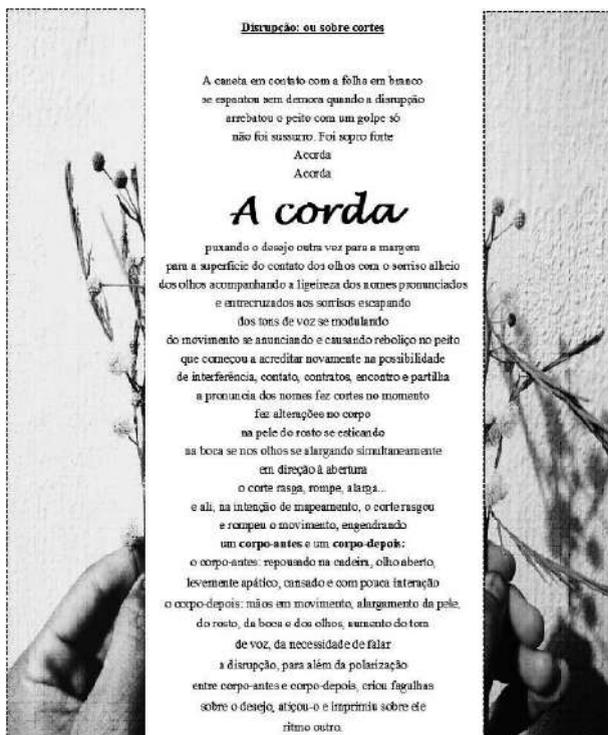
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) por meio do parecer nº

2.890.95/2018. Foram utilizados como documentos que resguardam a ética e sigilo das informações o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem.

Apesar dos riscos que atravessam o desenvolvimento de uma pesquisa, em nosso trabalho buscamos amenizá-los, ao construir espaços de respeito e garantia dos direitos dos participantes, sendo resguardado ao participante não concluir o estudo caso julgasse necessário quanto aos benefícios. Destacamos que a pesquisa buscou ampliar o cuidado em saúde ao articular as estratégias de produção de saúde e cuidado produzidos no território, de modo que a ESF, a RMSF e a comunidade pudessem fortalecer os modos de escuta e cuidado em saúde.

LINHAS E FLUXOS ENSAIANDO CARTOGRAFIAS

Figura 1 - Sobre Disrupção. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Própria.

A partir dessa oficina de Mapeamento e dos seus desdobramentos, identificamos os facilitadores ou líderes comunitários que exerciam algum tipo de movimento de escuta e cuidado na comunidade, a saber: 1) Grupo de Idosos na figura de Vicente⁹, o presidente da Associação Comunitária Monsenhor Arnóbio; 2) Escolinha de Futebol com o Capitão; 3) Terço dos Homens com Mariano e 4) Grupo de Teatro Ativo com Alan.

O primeiro encontro com esses quatro facilitadores se deu a partir de uma roda de conversa que teve as seguintes questões: como é o trabalho que realiza? Como o trabalho que exerce impacta na comunidade? Quais espaços que percebe realizar a escuta dos problemas e sofrimentos?

Como desdobramentos das perguntas tensionadoras, percebemos proximidades e distanciamentos entre os grupos e os trabalhos desenvolvidos, de acordo com o que elencamos a seguir:

Figura 2 - Diagrama de respostas das oficinas com os facilitadores. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Própria.

Trouxemos também para o diálogo o conceito de “cuidadores comunitários” desenvolvido no trabalho de Góis (2012), em particular no trabalho da Psicologia Clínico-Comunitária, que, a partir dos cenários, desafios e potencialidades da comunidade e de seus moradores, tem buscado

transformar a realidade com trabalhos coletivos e de suporte mútuo.

Para além do conceito ensaiamos com o grupo significados e sentidos a partir do cotidiano vivido, de como o grupo percebia a sua experiência, os desdobramentos na comunidade e os papéis que tem exercido ao longo do trabalho de facilitador, com o intuito de juntos fortalecermos o trabalho realizado, potencializando, ampliando e qualificando os espaços de escuta e de cuidado.

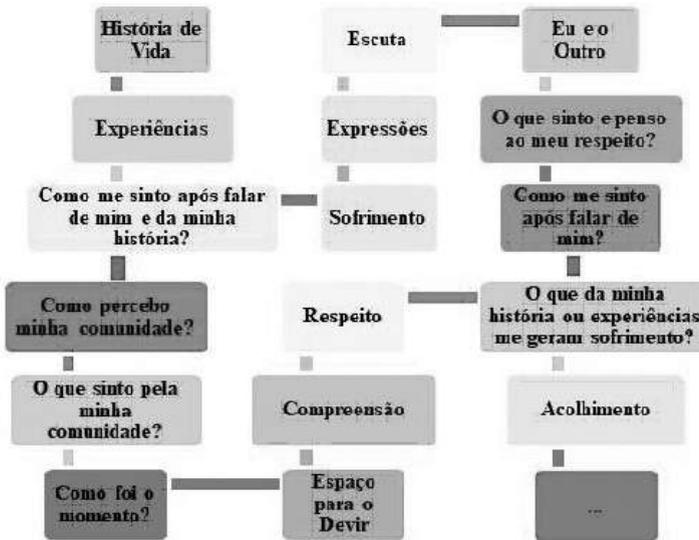
Preparamos uma oficina que articulasse os princípios de duas linhas de facilitação, a Conversa Existencial e o Diálogo-Problematizador, que foram vivenciadas junto aos grupos em momentos diferentes, mas seguindo desenhos semelhantes.

A linha da Conversa Existencial é aquela que fala de um sujeito, que narra as processualidades nas quais ele foi se construindo e se reconhecendo dentro das suas relações, da comunidade, da sua história de vida. É um narrar que produz implicações sobre aquele que narra e sobre o outro que escuta. Uma espécie de convite a experienciar deslocamento de uma fala pronta, sintomática e naturalizada para uma fala de si, de sua história (GÓIS, 2012).

Já a do Diálogo-Problematizador se tece na medida em que o compartilhamento das narrativas de sofrimento, luta, esperança e vida em ação abre espaço para um diálogo mais profundo que problematiza tanto as questões individuais quanto em um sentido mais amplo, como comunidade, coletivo e ser social, a partir das experiências dos participantes do grupo. A facilitação estimula a reflexão de situações e problemas, na troca de conhecimentos e de articulações que impliquem sobre a situação dada (GÓIS, 2012).

Para auxiliar no processo de facilitação, pensamos palavras e frases tensionadoras que foram usadas no desenrolar dos momentos, de modo que pudemos usá-las em ordens e tempos diversos. Como em uma colcha de retalhos, tivemos várias partes com cores, texturas, tamanhos e formas diferentes. À medida que escolhas foram feitas, colchas singulares se inventaram a depender do momento, das escolhas e dos afetos. Sem ordem preestabelecida, houve apenas movimentos disruptivos.

Figura 3 - Questões Tensionadoras. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Própria.

Grupo de Idosos: Como chegar ao outro a partir de si

Sempre com tarjetas seguimos ao encontro do grupo na ânsia de conhecê-los e participar dos ritmos e laços que vieram ensaiando, ainda que timidamente. O grupo era formado quase exclusivamente por mulheres tanto do Parque Silvana I como do Alto da Expectativa e Alto da Brasília. Os homens presentes eram Vicente, facilitador e presidente da associação e Miguel, morador do bairro.

Iniciamos com as narrativas de suas vivências e relações. Cada pessoa reivindicava seu lugar de fala e por muitos momentos as falas se misturavam e a ânsia para contar sua versão, sua experiência atentava para o processo de imbricação das narrativas de vida em interface com as narrativas do grupo, pois alguns de seus participantes fazem parte da associação desde sua fundação e outros há bastante tempo.

E nesse tom trouxemos para o momento a discussão sobre História de Vida, isto é, sobre o que sabiam da história de vida uns dos outros. De modo que ao falar de si e de suas narrativas, fomos paulatinamente, gerando

deslocamento e nos aproximando do que Góis (2012) refere sobre “fala existencial”, ou seja, a fala de si, na qual as experiências, articulações, relações e ensaios de existência vão se deslocando na partilha e abrindo espaço para a dimensão de si.

E no processo de falar de si as experiências se (re)inventavam na fala a partir daquele espaço-tempo, a maioria delas traziam recortes de experiências de luta, de como a vida percorreu caminhos difíceis, de privação e de extensiva labuta. As experiências compartilhadas traziam dimensões diversas como a alegria pelas relações tecidas, incluindo as do grupo e tristeza pelas injustiças e sofrimento.

Buscamos ainda questionar sobre como percebiam a comunidade em que vivem, sobre semelhanças e diferenças com as histórias divididas até aquele momento. As falas versavam sobre as mudanças, principalmente envolvendo a violência e o tráfico. Outras sobre como a comunidade tinha melhorado, fazendo articulação com sua própria história de vida que ao longo dos anos, principalmente no adentrar do processo de envelhecimento, tinham condições materiais e simbólicas de existência mais digna.

A história da comunidade se cruzava e formava também as biografias de muitos deles. Falar da comunidade abria espaço para o encontro com a vida singular de cada um. E falar de si, em muitos momentos, se encontrava com a história do outro.

Chegar ao outro a partir de si se deu nos movimentos presentes na narração, assim como na interface com algumas frases tensionadoras. Essas frases podem ser visualizadas na Figura 4.

Figura 4 - Diagrama de Perguntas Tensionadoras Oficina com o Grupo de Idosos. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Própria.

Algumas pessoas não sabiam que a história de vida de outras pessoas do grupo havia sido da forma contada. Outras colocaram que as histórias pareciam em muito com as suas. Nesse sentido pudemos perceber como o compartilhamento de si pode também ser uma forma de entrar em contato com o outro, principalmente quando o outro é tão próximo subjetivamente, quando partilham da mesma realidade e de alguns fluxos atravessando a invenção da vida narrada.

Nesse movimento refletimos junto com o grupo sobre como seria se em seus encontros e reuniões houvesse mais espaço para momentos de trocas e partilha das histórias de vida? Como seria ter esse espaço de escuta ampliado, garantido em suas atividades? E como o próprio grupo poderia desempenhar vários papéis, como, por exemplo, o de escuta e cuidado uns dos outros? E, assim, entre movimentos, deslocamentos, contatos e encontros, a fala de si transformou-se e nos deu acesso a múltiplas dimensões do outro e do grupo e principalmente da potência da escuta.

Dramatização como linguagem na expressão de si e ferramenta de escuta do outro

A oficina com o grupo de Teatro Ativo aconteceu na Comunidade do Bom Pastor, localizada no Parque Silvana I, junto ao Alan, facilitador do grupo e responsável pela condução do momento. O diálogo inicial teve como instigador o próprio Alan, justamente por conhecer os participantes, bem como as histórias de vida da maioria deles. E com delicadeza foi ampliando o diálogo e a escuta em ensaios diversos.

E como nos atos de uma peça teatral trouxemos à cena as dimensões do 'eu' em relação ou sobre '*O que sinto e penso a meu respeito?*' A escolha dessa pergunta tensionadora se deu a partir do momento em que um dos participantes colocou em ato a si mesmo e aos seus desejos e sonhos. Trouxe para os demais sentimentos, percepções de si mesmo e de sua realidade comunitária. Seguindo uma linha semelhante, outra participante foi narrando sobre si, sobre os modos de se perceber e principalmente de se relacionar, compartilhando com o grupo algumas formas de olhar para si mesma e principalmente da dificuldade em falar sobre isso; e o grupo por muitos momentos ocupava esse espaço de vazão por meio da escuta.

A partir desse movimento, as narrativas se aproximavam cada vez mais da dimensão das *Histórias de Vida*, de recortes delas, trazendo para o ato vislumbres dos afetos e das relações construídas dentro e fora do grupo. Recortes sobre como enfrentar a vida era difícil e doloroso em alguns momentos, tanto quanto enfrentar o próprio rosto no espelho. Rostos refletindo algo. Narrativas acompanhadas de lágrimas furtivas, sorrisos tímidos, recordações de encontros, que por vezes não obedeciam aos seus narradores e saltavam mesmo que a vergonha parecesse maior.

As Experiências em relação ao *Sofrimento* foram cada vez mais, assumindo lugar no ato e nas cenas em histórias de dor, vazio, perda, tristeza, impossibilidade de realizar sonhos. E até mesmo em narrativas sobre depressão e ansiedade, envolvendo a si mesmos ou familiares e conhecidos da comunidade.

Outra pergunta que surgiu foi *como se sentiam após falar de si e de suas histórias?* As respostas abordavam sobre alívio, vergonha em relatar experiências tão íntimas, medo do olhar do outro e do impacto que pode gerar como vivenciar o sofrimento sozinho. A dimensão da Escuta entrou em cena, pontuando sobre como seria se o grupo de Teatro se constituísse também a partir desse espaço, o da fala e da escuta. Articulação com o trabalho que já realizam, das crenças e comunidade que partilham coletivamente, das relações e do afeto presente entre eles, do apoio que rondava nos olhares de alguns participantes, dos significados e sentidos que o grupo representa.

E como essa escuta pode se dar também para além da fala ao se fazer presente nas dramatizações que é o trabalho que realizam e que os une. Como a dramatização pode ser esse espaço de fala, expressão e materialização de experiências, de modos de sentir e existir, isto é, a dramatização como possibilidade de linguagem e partilha de si. Semelhante a já vivenciada pelo grupo, em cada peça, em cada personagem, como modo de expressão e ressignificação de suas narrativas e relações com o outro e com o viver.

Para além do campo cognitivo, as afetações, vinculações e experiências encontram no drama e na dramatização formas de expressão e manifestação. Trazem para cena performances individuais e coletivas do vivido, sentido e elaborado. Funcionam como momento de resgate do psíquico e assim são a possibilidade de outras elaborações numa perspectiva de recriar sua identidade e subjetividade individual e social.

A escuta se faz com gestos, corpo, toque e movimento, dimensões problematizadas e fortalecidas pela Psicologia e principalmente pelo Psicodrama de Jacob-Levy Moreno, cujo núcleo é a dramatização. A partir de processos de ‘ação e de interação’, o corpo vai intensificando o contato e manifestando expressões de comunicação e de elaboração de situações, emoções e sentimentos. A linguagem verbal não sucumbe às expressões corporais, mas se articula a elas, interagem e se constituem, possibilitando ao indivíduo ou ao grupo acessar e trazer a cena estados que a fala não consegue ou não sabe ainda expressar, desvelando defesas e processos inconscientes que afetam no adoecimento e na própria experiência (ROJAS-BERMÚDEZ,

2016).

O que podemos perceber é que a linha de facilitação que se expandiu com o grupo foi a da ‘Conversa Existencial’ ao invés do ‘Diálogo-Problematizador’, na medida em que a fala de si foi desvelando e até mesmo construindo experiências, percepções e sentimentos. A expansão colocou tanto a escuta quanto a dramatização como possibilidade de entrar em contato com o outro em seus múltiplos estados, sejam de alegria, dor e sofrimento.

Escolinha de Futebol: com a bola no pé, podemos sonhar

O facilitador do grupo, *Capitão*, como é reconhecido pelos jovens, é um homem que desde 2002 tem desenhado sua existência, seu tempo e sua potência nas relações com adolescentes e jovens a partir do esporte, mais especificamente do futebol, treinando meninos de 13 a 20 anos, moradores dos bairros Expectativa, Parque Silvana I e II, Alto da Brasília, Novo Recanto e até de outros bairros, como Sinhá Saboia. O encontro do Capitão com os meninos acontece três vezes por semana nas mediações da quadra das Escolas Trajano de Medeiros e CAIC e é conciliado com o trabalho formal, a família e suas responsabilidades. Há um verdadeiro desdobramento para manter firme a relação com os adolescentes e jovens, apesar da falta de recursos financeiros, estruturais e de tempo.

O momento com o grupo aconteceu em seu local de trabalho, ou seja, na quadra da Escola Trajano, em um fim de tarde cinza. E foi a partir do lugar de onde vinham que o diálogo se iniciou. Diferente da linha de facilitação que se sobressaiu nos grupos e oficinas anteriores, com eles a linha que se expandiu foi a do *Diálogo-Problematizador*, principalmente tendo como impulsionadora da fala a referência da comunidade em que vivem. Primeiro, a partir de descrições dos bairros, a necessidade ou vontade que eles percebiam terem os moradores daquele território, e de algumas experiências deles com as pessoas e os lugares.

Em determinado momento do diálogo todos eles se encontraram, quando do questionamento sobre “o que significava para eles estar ali?” A resposta do grupo foi acerca do significado de família, de irmandade e de

afeto, pois muitos dos meninos relembrou o fato de que haviam crescido juntos, com o apoio do Capitão e dos amigos de bola e de vida.

Assim, de olho na bola e no Capitão construíam fotografias de quando o bairro tinha bem menos espaços de sociabilidade e menos expressões de violência, de quando iniciaram no grupo, dos significados e da importância em ser parte e ter o Capitão como referência. Aos poucos os meninos pareciam se conectar com a narrativa, mas a maioria ainda se conectava intensamente com a ânsia de jogar bola.

Enquanto os observávamos jogando, finalmente começávamos a compreender mais sobre a ânsia nos olhos deles, ela havia tomado o corpo todo e eles lutavam pela bola como quem luta pela sobrevivência, afinal tinham esperado muitas horas e dias para aquele momento. No espaço entre a chuteira e a bola eles controlavam a própria vida. Eles tinham domínio sobre a bola, mas prioritariamente sobre a vida. Na quadra ao driblarem o adversário, driblavam também às adversidades. Com a bola nos pés podiam sonhar. E de onde eles vinham não havia tanto espaço pra sonhar assim. Na quadra e no contato com a bola eles eram o bastante. Poderiam inventar movimentos, jogadas, estratégias. Poderiam vibrar. Os corpos vibravam em força e alegria.

A partir da vivência com o grupo, ressaltamos sobre a importância em refletir que atualmente, de acordo com o que apontam as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, a geração de adolescentes e jovens entre 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil, ainda que o processo de desaceleração esteja em voga. No entanto esses dados alertam para a necessidade e importância de pensar sobre os atravessamentos que ocorrem nessa etapa da vida (BRASIL, 2010). Principalmente devido ao fato de que esses jovens estão expostos às elevadas taxas de mortalidade por causas externas, advindas da complexidade das condições e determinações socioeconômicas. De modo que pensar e propor estratégias sobre os processos de saúde-doença de adolescentes e jovens perpassa muitas dimensões e articulações com outras áreas de saber e de prática, como Educação, Assistência, Trabalho, Direitos Humanos, Lazer (BRASIL, 2010).

Acerca disso, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens que se propõe a fazer essa articulação com o SUS em todos os seus níveis. É uma política que pensa a adolescência e juventude em uma perspectiva ampliada à medida que sinaliza para a importância em refletir e propor ações envolvendo as questões de participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica. São temas que possibilitam compreender os processos de saúde-doença-cuidado atravessados organicamente aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). De modo que nas ações de cuidado, prevenção e promoção se dão integralmente as experiências múltiplas, incluindo as comunitárias (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido na Escolinha de Futebol atenta para estratégia comunitária que, ao ter significância no cotidiano da vida dos adolescentes, pode se configurar como estratégia de prevenção e promoção por ser um espaço que, de forma indireta, informal e cotidiana, já aborda temas que os adolescentes vivenciam, como, por exemplo, uso de substâncias psicoativas e relação com a criminalidade. Outra dimensão abordada se relaciona com o ensaio tímido da invenção de projetos de vida, pois o futebol para muitos dos adolescentes representa esperança de inventar a vida de outras formas, dentre elas, a de sonhar com a mudança.

Portanto, percebem-se alguns dos impactos que o grupo produz entre si, ou ainda, das potencialidades que os jovens abrigam, mas que ainda não conseguem elaborar e fortalecer. E é a partir dessas potencialidades pouco trabalhadas que se destacam a importância e as possibilidades em articular o trabalho fomentado pelo Capitão e as equipes da ESF, principalmente como parcerias, visto que historicamente a dificuldade das equipes de saúde em acessar adolescentes e jovens é significativa. Então, se há resistência ou fragilidade dos vínculos, uma estratégia assertiva e potente pode se desenvolver para além dos muros do CSF ao adentrar a realidade e espaços comunitários nas quais adolescentes e jovens se experienciam individual e grupalmente.

Quando é a fé que gera e movimenta o encontro

Mariano, líder comunitário, responsável por facilitar o Terço dos

Homens na igreja da Comunidade Bom Pastor, no Parque Silvana II, coordena também o Terço das Crianças semanalmente. São encontros marcados a partir da fé e do sentimento de fazer parte de uma comunidade católica, representada pela igreja do Bom Pastor. E, assim como os demais facilitadores, divide seu tempo entre o trabalho formal e o envolvimento com a comunidade, suas dificuldades, problemáticas, potencialidades e seus moradores.

Eles se reúnem às quartas-feiras, a partir das 19h30min, na igreja do Bom Pastor. A idade não limita o acesso ao grupo e a participação vai se dando pelo desejo de estar em coletivo para orar e transformar alguma coisa. Inicialmente se encontram na fé, mas não se encerram nela, pois a vida se dá nos encontros cotidianos, nas dificuldades que surgem, nas mãos e palavras que dão uns aos outros.

O momento se desenvolveu a partir da fala individual dentro do coletivo. A narrativa trazia a dimensão de um “nós” e de pertencimento frente ao que são e à “missão” que assumem ao se reunir, rezar e partilhar. O grupo acredita que *estar juntos não é apenas por si, mas pelo outro e por sua comunidade.*

Ao falarem das linhas que tecem a existência e permanência do grupo, compreendem a si mesmos no entrecruzar do antes e a partir do grupo. Há empolgação em suas falas, os tons se elevam junto aos sorrisos, os olhos se abrem e os corpos se movimentam na intenção de apresentarem as reminiscências das marcas do grupo em suas histórias.

E são histórias marcadas pela constituição do grupo, pela afirmação de si com os demais, pelo encontro de crenças e fé. Narrativas que recriam biografias que na maior parte do tempo se deram na companhia do outro e na relação com a comunidade em que vivem. Apontam para as dificuldades enfrentadas no cotidiano, principalmente com relação às questões financeiras, à violência urbana e ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Criam análises de desafios que antes não eram tão marcantes no território e como as famílias lidam com isso, as dificuldades em torno disso, o desamparo e adoecimento que isso pode gerar. Análise que traz à tona principalmente o desejo de ir ao encontro do outro para saber e ajudar.

Nesse ínterim, a discussão abordou sobre o significado do gesto de ir “saber do outro” e quais os efeitos que pode gerar?

De forma muito clara o grupo entende e sente esse gesto como importante e fundamental, como significado de que “alguém se importa e se preocupa com você”, a ponto de sair de casa para ir ao seu encontro e oferecer algo, ainda que fosse a escuta e a palavra. Significava *ORAÇÃO*, ou seja, a palavra virando ação e podendo transformar alguma coisa ou alguém a partir da escuta e do desejo de saber.

Ação que demarca a potência que atravessa o gesto de ir ao encontro do outro que sofre, está doente, desempregado, desamparado, desiludido, sofrendo. Expressam o desejo do grupo em ajudar quem dele precisa. Escuta e afeto na forma de segurar as mãos uns dos outros durante a oração, em estender a palavra para aqueles que não podem ir até o espaço do grupo. Esperança em melhorar a vida de si mesmo e do outro.

A discussão acerca da escuta e cuidado se deu na medida em que refletimos e dialogamos sobre: eu e o outro; história de vida; relação com a comunidade; acolhimento, sentimentos e experiências.

Essa compreensão sobre o campo do sentir que aproxima e conecta os participantes dos grupos da Comunidade Bom Pastor e presente em outros também nasce do encontro da proposta de intervenção com os grupos nos seus “territórios existenciais” a partir da circulação das subjetividades, do diálogo, das trocas, das (re)configurações estabelecidas nas relações que possibilitam transformação de si, do grupo e da própria experiência com os sofrimentos e processos de adoecimento (BRASIL, 2013).

E é justamente assim que o grupo do Terço dos Homens tem inventado suas formas de escuta, contato e cuidado de seus participantes, mas também das pessoas na comunidade. A dimensão de “nós” se faz de forma marcante e íntegra, principalmente no encontro entre o “eu e o outro”. O outro que eles buscam saber e alcançam tantas vezes.

Portanto, no encontro com o grupo do Terço dos Homens e com os demais, percebemos como as oficinas e o projeto de intervenção buscaram

mapear as cartografias inventadas pelos grupos e coletivos, encontrar-se com elas ou algumas de suas dimensões, reconhecer e celebrar junto com o outro o que realizam e o impacto que geram sobre as formas de acolher e cuidar. E principalmente estimular o grupo como espaço de cuidado ao vivenciar a escuta a partir das linhas da Conversa Existencial e do Diálogo-Problematizador (GÓIS, 2012).

CONSIDERAÇÕES PARA RESSIGNIFICAR ESPAÇOS E REINVENTAR PASSOS...

A experiência de pesquisa-intervenção foi atravessada pela processualidade que encontros e desencontros puderam reinventar e ressignificar. Os desenhos foram alterados e flexibilizados e com isso os traçados seguiram etapas e fluxos múltiplos. O encontro desenvolvido na oficina de mapeamento fortaleceu o desejo da proposta na medida que desvelou a diversidade de espaços grupais, coletivos e comunitários. Muitos deles como peças raras, às vezes, tão bem guardadas que se tornou desafiador acessá-los. Grupos que movimentam e engendram processos na comunidade, que já há muitos anos chegam às casas, famílias, relações e líderes comunitários. Acessam lugares e pessoas que talvez as equipes da ESF tenham pouco ou quase nenhum vínculo, principalmente se nos atentarmos para o fato de que os trabalhadores mais próximos da realidade desses coletivos são alguns dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir do mapeamento, um leque de possibilidades se expandiu, principalmente devido à aproximação e visualização, ainda que tímida, das cartografias inventadas pelos grupos ao se espalharem pelos bairros de abrangência do CSF. O cenário comunitário foi mostrando e lembrando outras dimensões de potências para além das vulnerabilidades, riscos sociais e desigualdades. Resgate de sentimentos, sensações e desejos sonhados nos primeiros encontros e que foram se esvanecendo na aspereza dos dias tensos e ligeiros em que a demanda de atendimento psicológico individual gerava momentos que pareciam restringir os saberes e fazeres da Psicologia. Na oficina de mapeamento se refez a ânsia por experiências outras, intrínsecas aos

fluxos comunitários, ou seja, se reinventou a possibilidade de temporalidades outras, para além do consultório e da prática clínica tradicional.

A compreensão é que o território possui ritmos e temporalidades diferentes e até mesmo distantes da realidade de trabalho das equipes do CSF. No entanto, a fragilidade não se limita aos ritmos e temporalidades diferentes e sim na pouca implicação em construir ritmos, tempos e espaços que articulem as diferenças e prioritariamente o fortalecimento e compartilhamento do cuidado. São coletivos e profissionais diversos se desdobrando no processo de produção de cuidado, de acolhimento e escuta, mas que não se encontram, não se conhecem, nem têm dimensão dos modos que impactam as pessoas e a comunidade.

Além da frágil relação entre equipes de CSF e RMSF e os grupos comunitários, percebe-se ainda como os facilitadores e participantes das estratégias coletivas pouco interagem ou legitimam o trabalho um dos outros. Na primeira oficina havia cinco facilitadores e ficaram surpresos com o trabalho desenvolvido nos diversos grupos e como alcançava as pessoas na comunidade. Inclusive alguns dos facilitadores falaram pela primeira vez na oficina.

Já com relação aos grupos do Parque Silvana II, a proximidade e interação são mais firmes em função de fazerem parte de um coletivo mais amplo que é o da Comunidade Bom Pastor. Então, mesmo exercendo atividades diversas, se complementam e se encontram a partir de outros grupos. Essa proximidade se dá principalmente por meio da religião e espiritualidade, bases comuns dos grupos. Serem coletivos para eles coincide com suas existências e caminhadas de fé. É no coletivo que se amparam e juntam forças para seguir frente às dimensões sócio-históricas, culturais, políticas e econômicas que entrecruzam a história da comunidade, os modos de vida nela e as biografias individuais e coletivas.

O campo do sentir pulsa de modo muito intenso, os grupos sentem que precisam estar juntos para enfrentar a vida ou o que não conseguem ver ou dão nome, como, por exemplo, as experiências de adoecimento que engessam e estagnam a vida em certos momentos. Eles sabem disso, falam sobre isso e

constroem estratégias para enfrentá-lo.

A partir das possibilidades e invenções vividas nos grupos, buscamos criar espaços para o diálogo em que o falar sobre si, sobre as questões da vida, sobre o território, as questões de adoecimento, sofrimento ou saúde, se encontrasse nas propostas das oficinas, produzindo acolhimento à fala e ao sujeito da fala. De modo que a prática da escuta vivida no grupo se apresentasse como habilidade que pode ser fortalecida ou desenvolvida por aqueles sujeitos que já fazem algum tipo de escuta dentro da comunidade.

De modo que, ao motivá-los a falar de si, de sua história de vida, da comunidade, objetivamos nos aproximar dos espaços de escuta, com o intuito de fortalecê-los como possibilidades de cuidado e saúde, em contato com a vida e suas tessituras, escapando no sujeito da fala. Uma escuta que possibilitasse ao sujeito se pensar e problematizar a si, ao seu processo de saúde, adoecimento, cuidado e a questão social no seu território.

Esta pesquisa-intervenção se propôs a atentar para as possibilidades, desconfigurações e reconfigurações, tendo como linha de base o próprio grupo ao refletir e problematizar sobre as dinâmicas, movimentos e fluxos que se ensaiam ao se encontrarem e existirem, acessando os recursos, fragilidades, estratégias e potencialidades, mas prioritariamente ensaiando a criação de pontes entre a escuta e cuidado que existem nos grupos comunitários e entre o trabalho realizado na ESF e na RMSF.

Fortalecer espaços de escuta e cuidado comunitário foi se resignificando nos lampejos do desejo de troca e partilha de trajetórias entre a ideia de cuidado e escuta construída no processo de vivência e atuação na psicologia, na ESF e na RMSF e a escuta e cuidado sentidos e experimentados nos grupos que participaram das oficinas.

Ademais, a proposta buscou saber, acompanhar, intervir, deslocar as linhas e fluxos dos movimentos dos grupos, ao invés de definir a própria escuta ou os modos de cuidado comunitário. Um processo de união de forças, trabalhos e ensaios de escuta e cuidado, em que fragilidades dão sinais, principalmente referentes à articulação com o trabalho das equipes da ESF,

bem como às potencialidades que fazem da escuta ferramenta diária de contato com o outro, com os processos de sofrimento, adoecimento, resiliência e empoderamento.

Compreendemos que a pesquisa-intervenção pode se constituir como estratégia de sistematização do apoio matricial no cuidado de coletivos da comunidade, na perspectiva de reorganização do processo de trabalho da (o) psicóloga (o) na ESF, para além do atendimento individual, desencadeando um processo de Educação Permanente de cuidadores comunitários na arte de escutar, apoiar e cuidar. Assim, reconhecemos sua importância para o desafio de fortalecer as parcerias entre facilitadores e profissionais da ESF e RMSF, tensionando as linhas e fluxos existentes e ensaiando cartografias outras.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. O livro das ignoranças. In: **Poesia Completa**. São Paulo: Leya, 2010.

BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Editora: Sulina, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, 34.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

BRITTO, F. D; JACQUES, P. B. Corpo e cidade: coimplicações em processo. **Rev. UFMG**, Belo Horizonte, v.19, n.1 e 2, p.142-155, jan./dez. 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out-dez, p. 975-986, 2005.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia** (v. 1). Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

FONSECA, T. M. G; COSTA, L. A. As durações do devir: como construir objetos-problema com a cartografia. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 2, p. 415-432, Maio/Ago. 2013.

GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 Mar./Abr. 1995.

GÓIS, C. W. de. Psicologia Comunitária. **Universitas Ciências da Saúde**, v. 01, n. 02, p. 277-297, 2003.

_____ **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____ **Psicologia Clínico-Comunitária**. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2012.

GUATTARI, F. Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papirus, 1990.

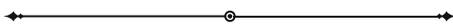
MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

POZZANA, L; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L (Orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ROJAS-BERMÚDEZ, J. G. **Introdução ao Psicodrama** (recurso eletrônico). Trad. D'ALESSANDRO, J. M. São Paulo: Ágora, 2016.

TAVARES, C. M. M. Como desenvolver experimentações estéticas para produção de dados na pesquisa Sociopoética e abordagens afins? **Revista Pró-UniverSUS**. 2016 Jul./Dez.; 07 (3): 26-31.

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM



*José Carlos Araújo Fontenele
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante
Silvinha de Sousa Vasconcelos Costa
Maria Adelane Monteiro da Silva
Sanayla Maria Albuquerque Queiroz*

CONTEXTUALIZAÇÃO

Histórica e culturalmente, o cuidado à saúde é visto como algo voltado para a cura e não para a prevenção. É o caso de indivíduos que só buscam os serviços de saúde quando já estão com alguma doença instalada. Sob esse enfoque, o adoecer está vinculado à fragilidade e o cuidado é percebido como algo estritamente feminino, o que o direciona às questões de gênero, podendo explicar a pouca procura do homem aos serviços de saúde (WELZERLANG, 2004).

Os condicionantes dessa resistência perpassam historicamente diferentes aspectos socioculturais ligados ao gênero e às questões vinculadas aos serviços de saúde. O Ministério da Saúde afirma que, em relação aos aspectos socioculturais, a resistência deriva do fato de a doença ser considerada um sinal de fragilidade, que os homens não reconhecem como intrínseco à sua condição biológica (BRASIL, 2012a).

No que concerne à saúde, os homens, na maioria das vezes, escondem ou negam a presença de reações álgicas e/ou sofrimento, preocupando-se em enfatizar e fixar a ideia masculina de virilidade e força, com intuito de diferenciar-se das mulheres. O estigma de provedor do lar, de gerar o sustento da família e não poder adoecer por medo de perder seu emprego, acarreta o aumento dos índices de morbimortalidade (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Dentre as mudanças e acontecimentos voltados para a promoção da saúde do homem no Brasil, visando modificar o papel das profissões da área da saúde quanto ao desenvolvimento de ações direcionadas ao grupo populacional masculino, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (SCHWARZ *et al.*, 2012).

Segundo esta Política Nacional de Saúde, a baixa adesão do homem aos serviços preventivos deve-se ao fato de que os serviços e as estratégias de comunicação ainda privilegiam as ações voltadas para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, estando o homem à margem deste sistema (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) enfatiza a necessidade de ampliar a acessibilidade dos homens aos serviços de saúde, assegurando-lhes, ao menos uma vez por ano, o seu atendimento e, para isto, devem incluir ações multidisciplinares, transdisciplinares e intersetoriais que visem trabalhar os impasses socioculturais e organizacionais, que estejam dificultando sua entrada, evitando assim que este acesso ocorra predominantemente pelos serviços de média e alta complexidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção à saúde que tem ampla responsabilidade não apenas na assistência como também na orientação das famílias, para prevenção e o tratamento das doenças (BRASIL, 2008).

Dentre os profissionais instalados na ESF, temos o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como promissor da integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade, com ações de promoção à saúde que proporcionem autonomia aos usuários e às famílias, com informações que os tornem capazes de escolher hábitos saudáveis que vão favorecer a sua saúde, relacionados ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura (BRASIL, 2012b).

Diante do exposto, viu-se a necessidade de pesquisa científica, por meio de uma revisão integrativa, sobre a saúde do homem, sendo consolidada

durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família -RMSF.¹⁰

Percebemos empiricamente que homens com doenças já estabelecidas buscam atendimento para tentar tratamento ou cura por receio de ter perdas econômicas. O cuidado para sua saúde parece estar sempre em segundo plano, sendo este contato preventivo mínimo, dificultando o cuidado para evitar possíveis agravos de saúde de forma integral.

A partir dessa percepção, surgiu a seguinte indagação: Como fomentar atitudes geradoras de mudanças no cuidado à saúde do homem, a partir do protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde? Percebemos, então, a necessidade de desenvolver uma cartilha com orientações direcionadas para o trabalho do ACS no cuidado à saúde do homem.

Destarte, compreendemos que esta intervenção poderá contribuir para reflexão e fortalecimento do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais de saúde e gestores. Será útil também para a promoção e prevenção da saúde dos homens, visando modificar um cenário de altos índices de morbimortalidade. Assim, este capítulo busca relatar o processo de construção de uma cartilha para Agentes Comunitários de Saúde¹¹ na perspectiva do cuidado à saúde do homem.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo relata um estudo exploratório, de intervenção, descritivo e de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Saúde da Família de uma cidade do interior do semiárido nordestino, a partir de um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculado à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, intitulado “Saúde do homem: processo de construção de uma cartilha para Agentes Comunitários de Saúde com proposta para população masculina”.

10 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família é um curso em nível de Pós-Graduação Lato Sensu que forma profissionais para atuarem preferencialmente na atenção básica à saúde.

11 Disponível no link: <https://drive.google.com/file/d/0B-0u8fvli5tpYmczT3pyZUVRWXlZelZvektwOT-VIM2VBaldV/view?usp=sharing>

Os participantes do estudo foram os 16 Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde da Família do bairro do Junco. Foram selecionados os ACS que estivessem trabalhando há pelo menos 6 meses na ESF. E foram excluídos os ACS que estivessem de licença médica ou férias no período de realização da intervenção.

Para garantir o anonimato dos participantes, optamos por identificá-los por pseudônimos relativos a nomes de árvores, que para os pesquisadores representam: vida, força, resistência e mudança e dão sombra (proteção), frutos, cuidado e afeto, objetivo do trabalho, além de ser o nome do bairro do Centro de Saúde da Família onde foi realizada a intervenção, bairro Junco, que é o nome de uma planta. Então, os participantes foram chamados de: Acácia, Araçá, Araribá, Araticum, Aroeira, Biribá, Baobá, Buriti, Castanheiro, Cambuí, Cerejeira, Cedro, Damasqueiro, Gameleira, Jatobá e Juazeiro.

Para coleta das informações foram utilizados a entrevista semiestruturada, a observação participante e o diário de campo, associados ao Arco de Maguerez como referencial teórico-metodológico.

Para Minayo (2012) o diário de campo é algo que podemos recorrer sempre que precisarmos durante o trabalho que estamos realizando, registrando nele, durante o dia a dia da pesquisa, as dúvidas, informações, técnicas, angústias ou qualquer outra informação relevante para auxiliar na pesquisa.

Ainda para a mesma autora, outra técnica que auxilia na execução da pesquisa é a observação participante, que cria um elo entre pesquisador e participantes, podendo se modificar no decorrer do processo, mudando o contexto, sendo importante na construção da pesquisa.

Já o “Arco de Maguerez” é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização a partir de uma participação ativa dos sujeitos, para que eles observem a realidade em que estão inseridos para atuar de forma a transformar o ambiente (BORILLE, 2012).

Criado por Charles Maguerez, o Arco consiste em cinco etapas, sendo elas: *a observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e*

aplicação à realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

Figura 1 - Arco de Maguerez. Sobral, Ceará, 2019.



Fonte: Adaptado a partir de Bordenave (1998).

A intervenção aconteceu em quatro momentos, no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019. Inicialmente conversamos com a gerente da unidade de saúde, quando foram apresentados os objetivos do estudo e em seguida agendado um encontro para reunir os ACS a fim de compartilhar o objetivo da intervenção. Posteriormente realizamos um momento com os ACS e apresentamos-lhes o objetivo da pesquisa, que era a construção de uma cartilha, desenvolvida a partir do olhar deles, dentro da realidade na qual estão inseridos.

Fizemos a entrevista semiestruturada, realizada de forma individual, para identificação das principais necessidades no que concerne ao cuidado com a saúde do homem e, por fim, desenvolvemos uma oficina com a equipe de ACS para construção da cartilha, com orientações acerca das principais necessidades do cuidado à saúde do homem, com a utilização do método de problematização Arco de Maguerez, seguindo as suas cinco etapas.

Para análise das informações, foi utilizada a análise temática de Bardin (2011), que, como afirma a autora, tem o propósito de organizar e interpretar os dados. Elegemos a técnica de categorização temática que está fundamentada nos pressupostos da Análise de Conteúdo como técnica

de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, para, finalmente, interpretar e tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência.

A intervenção está em consonância com as normas e diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e que incorpora em seu contexto os quatro referenciais básicos da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 2012c). Foram utilizados termos para manifestação de consentimento dos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) por meio do parecer nº 0206/2017.

CAMINHOS PERCORRIDOS

Para o desenvolvimento da intervenção foi utilizado o Arco de Maguerez. Realizamos entrevistas semiestruturadas, para a observação da realidade e oficina, na qual foram realizados momentos de educação permanente com os Agentes Comunitários de Saúde. Depois desta etapa foram realizados o levantamento dos pontos-chave, a teorização, levantamento de hipóteses de solução e aplicação à realidade, desenvolvidos no formato de oficinas. As atividades desenvolvidas podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos momentos da intervenção. Sobral, Ceará, 2019.

ATIVIDADE DESENVOLVIDA	OBJETIVO ESPERADO
Entrevista semiestruturada	Conhecer e observar a realidade dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da saúde do homem e quais dificuldades e desafios encontrados por eles. Primeira etapa do Arco de Maguerez: observação da realidade.

Oficina	Realização de educação permanente sobre saúde do homem, a partir da observação da realidade feita previamente por entrevista semiestruturada. A oficina seguiu as etapas do Arco de Maguerez: levantamento dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade, Teve como produto final a construção de uma cartilha para Agentes Comunitários de Saúde para o cuidado da saúde do homem.
---------	--

Fonte: Própria.

O momento da observação da realidade se deu por meio de entrevista, que continha duas perguntas que instigavam os ACS a refletirem e observarem a realidade em que estão inseridos, no que concerne à saúde do homem. As perguntas foram “Quais as principais necessidades de cuidado da saúde do homem identificadas por você?” e “O que você considera importante para a qualificação do seu trabalho referente à saúde do homem?”

Tivemos como principais pontos-chave desse momento: a dificuldade de contato com os homens, e dos homens com os serviços de saúde; e a necessidade constante de Educação Permanente em Saúde sobre saúde do homem, pois os profissionais relatam dificuldades de lidar com essa clientela.

Iniciamos a oficina com o acolhimento, que consistiu em uma dinâmica para aproximação dos participantes. Na sequência explicamos a finalidade da intervenção e o produto final, a organização de uma Cartilha para Agentes Comunitários de Saúde acerca do cuidado à saúde do homem, construída a partir de suas necessidades. As descrições das oficinas podem ser acompanhadas nos tópicos a seguir.

Etapa 1: Observação da realidade

Utilizamos palavras e necessidades advindas da entrevista, que foram

escritas em papel madeira e afixadas na parede para melhor visualização e reflexão. As palavras foram: *preconceito, vergonha, dificuldade de acesso, machismo, falta de tempo, disponibilidade, sedentarismo, violência, drogas, alcoolismo, negação, depressão, comodismo, analfabetismo, horário de funcionamento, falta de prevenção, cultura, doença avançada e autocuidado.*

O momento foi importante e necessário, pois serviu para que os ACS se expressassem de forma coletiva, compartilhando suas vivências, dificuldades e dialogando com as colegas. Ficou claro que o trabalho com o público masculino era uma dificuldade para todos os presentes. Os ACS relataram que sentiam a necessidade de momentos de discussão acerca da saúde do homem, pois no cotidiano de trabalho não tinham acesso a essa temática.

Etapa 2: Identificação dos Pontos-chave

Nesta etapa, foram identificados os pontos-chave a serem estudados e discutidos, que sustentariam a resolução da situação-problema. Para construirmos esta etapa, foi pedido para que os 16 ACS se dividissem nos três grupos, conforme área da atuação.

Após divisão dos grupos, foram distribuídas targetas para as três equipes. Pedimos-lhes para que juntas discutissem e escrevessem na targeta o que achavam ser indispensável no trabalho sobre saúde do homem e quais as dificuldades de abordagem. Os pontos-chave foram elencados pelas equipes e escritos nas targetas:

Equipe 1: Acesso, machismo, falta de educação permanente sobre saúde do homem e falta de tempo dos homens (disponibilidade de horário).

Equipe 2: Machismo, falta de preparo dos ACS, acesso e necessidade de EP.

Equipe 3: Dificuldade de encontrar os homens e de diálogo (acesso), falta de capacitação sobre saúde do homem, machismo e falta de ações preventivas contínuas.

Etapa 3: Teorização

Na terceira etapa, ocorreu a discussão dos pontos-chave eleitos pelos

participantes nas etapas anteriores, como falta de educação permanente, dificuldade de acesso, machismo e falta de ações preventivas contínuas.

Iniciamos esse momento com um vídeo, no intuito de mostrar questões que perpassam a saúde do homem, sendo necessidades encontradas durante a primeira etapa do Arco, na observação de realidade dos ACS.

O conteúdo do vídeo mostrava algumas falas sobre violência, álcool, machismo, e como isso interferia na saúde do homem, expondo-o muitas vezes a situações que não eram tão comuns para mulheres e que saúde do homem não é só câncer de próstata, mas também voltar a atenção a várias doenças e agravos como violências e acidentes, por exemplo. Abordar a temática câncer de próstata é importante e necessário, mas saúde do homem é mais abrangente. As discussões realizadas sobre essas temáticas mostraram a importância de ações preventivas e de cuidado com esse público.

Notou-se o interesse de conhecer um pouco sobre a PNAISH, pois, segundo eles, fala-se muito em saúde da mulher, do bebê, saúde do idoso e pouco se fala sobre saúde do homem. O momento também serviu para evidenciar que a maioria dos profissionais presentes desconhecia a política e preparou o segundo momento da teorização quando foram apresentados aos ACS os cinco eixos da política: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violências e Acidentes (BRASIL, 2016).

Este momento gerou um processo de reflexão e discussão muito intenso e proveitoso, pois se percebeu que a grande maioria, apesar do tempo de trabalho, que variou de 2 a 20 anos como ACS, não tinha conhecimento sobre a PNAISH.

Etapla 4: Hipóteses de solução

Nesta etapa, os ACS decidiram, em grupos, quais as principais hipóteses de solução. Dentre as falas, podemos citar: *falar sobre o papel do ACS; sexualidade; doenças comuns nos homens; autocuidado; preconceito; alimentação; alcoolismo e outras drogas; saúde da população LGBT; higiene e saúde bucal; planejamento familiar; práticas corporais; violência e estratégias*

para ACS trabalharem com saúde do homem.

Etapa 5: Aplicação à realidade.

Essa foi a última etapa do Arco, que se deu com a construção da cartilha intitulada “*Cartilha para Agentes Comunitários de Saúde: cuidando da saúde do homem*”, que foi entregue as ACS.

Após as entrevistas e oficina, foi possível organizar os dados empíricos em duas categorias temáticas: “*Acesso: dificuldades na atenção à saúde*” e “*Saúde do homem: necessidades de educação permanente*”.

Acesso: dificuldades na atenção à saúde

Para Fontes *et al.* (2011), para que a ESF seja coordenadora do cuidado para o público masculino em idade produtiva, devemos pensar em formas e estratégias que garantam o acesso destes homens aos serviços de saúde, para atuar seguindo a PNAISH, acolhendo esta clientela, promovendo saúde, prevenindo agravos. Torna-se um desafio importante para estes profissionais vincular-se com público masculino.

Os profissionais trazem em suas falas a dificuldade de acesso que os homens têm para utilizar os serviços de saúde preventivos e os obstáculos que estes profissionais enfrentam para dialogar com eles, diminuindo a vinculação e ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. A seguinte fala revela esta realidade:

Como eu trabalho com muitos homens que não têm tanto conhecimento, eles têm preconceito sobre o assunto. Tenho dificuldade de entrar em certos assuntos com eles. Tenho pouco contato com eles. (Afirmou Castanheiro, um dos participantes).

São poucas as unidades de saúde que disponibilizam atendimento ampliado, em turnos de 24 horas, aos fins de semana ou em um terceiro turno, à noite. Sendo assim, os homens que trabalham em horário comercial, com horários rígidos, não podem se ausentar dos serviços, pois isso comprometeria a sua estabilidade no emprego (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

Podemos afirmar que o acesso do público masculino aos serviços de saúde é mais restrito, muitas vezes, por incompatibilidade de horários. Tal afirmativa pode ser comprovada a partir do relato:

Existe uma necessidade de conscientização do cuidado para com esse público e sugiro uma flexibilidade dos pontos de atenção de saúde para atender esse público, pensando na falta de tempo que estes homens têm para acessar os serviços de saúde (Buriti).

Essa fala nos leva a refletir sobre nossa prática profissional e de como podemos desenvolver ações efetivas voltadas para homens em idade adulta. Uma das possíveis soluções a ser tomada para garantir este acesso seria a flexibilização de horários. Segundo o primeiro eixo da PNAISH, acesso e acolhimento, os serviços de saúde devem reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva (BRASIL, 2008).

Com relação à visita domiciliar, Carli *et al.* (2014) afirmam que é durante a visita domiciliar (VD) que o acolhimento e o vínculo são estabelecidos e fortalecidos, o diálogo é favorecido, e são conhecidas as necessidades, o que auxilia na resolutividade dos problemas encontrados. Também surge a possibilidade de incentivar a independência da comunidade quanto à sua própria produção de saúde. Portanto, a vinculação do profissional ao público masculino se daria mais facilmente no momento da realização da VD por ser um espaço em que eles se sentem mais à vontade. Contudo, a falta de contato dos ACS com os homens dificulta este acesso e vinculação. Podemos identificar na fala abaixo:

O homem tem o anseio de querer se cuidar, porém muitas vezes o comodismo, trabalho são desculpas que eles dão para não vir à unidade se cuidar, deixando a saúde de lado, dificultando também nosso trabalho, pois dificilmente os encontramos em casa (Juazeiro).

Por outro lado, Gomes e Minayo (2009), a partir de estudos realizados com ACS, constataram que as VD, apesar do caráter preventivo das orientações realizadas, estão centradas no reforço da assistência médica,

marcação de consulta e pouco consideram a dinâmica familiar e comunitária.

Saúde do homem: necessidades de educação permanente

O processo de educação dos trabalhadores da saúde se faz a partir da problematização do processo de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades da saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm objetivos de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Observamos que, pela necessidade de olhar para a saúde do homem na Atenção Primária, os processos de educação permanente precisam ser priorizados para esse grupo populacional, como podemos evidenciar na fala abaixo:

O que eu acho é que precisa mais de educação permanente pra gente saber como lidar com essas situações e educação em saúde [...] porque eu acho que com educação permanente eu vou saber lidar com certas situações, principalmente referentes ao homem [...] (Cerejeira).

Nos relatos durante todo processo da oficina, ficou evidente o despreparo dos ACS ao lidar com o público masculino. Todas as pessoas entrevistadas falaram que seriam necessários processos de educação permanente, para que tivessem acesso às informações concernentes ao cuidado do homem.

Como agente de saúde devemos ter educação permanente voltada para saúde dos homens para nos capacitar, para que tenhamos o manejo pra chegar até eles e trazê-los até a gente. Durante as visitas a conversa com eles se torna difícil (Damasqueiro).

Nós como agente de saúde devemos ter educação permanente voltada para saúde do homem para capacitar a gente, para que possamos ter o manejo pra chegar até eles e nos aproximarmos (Aroeira).

Os processos de educação permanente são valorizados e reconhecidos pela categoria dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo reforçados na fala de

todos que há essa necessidade para lidar com segurança com os homens. Assim, a EPS é uma ferramenta potente que é reconhecida por esses profissionais.

Os ACS evidenciaram a necessidade de conhecer melhor a PNAISH. Na educação permanente realizada durante a oficina de intervenção, seguindo o passo 3, da teorização, foi mostrado um vídeo sobre saúde do homem, em que se observou que os ACS necessitam aprender mais para que possam realizar seu trabalho com este público de forma efetiva.

Necessitamos de informações, cursos que nos qualifiquem, acesso aos programas específicos da área de saúde do homem para que a gente possa acompanhar com mais qualidade esse público. Sendo a Educação Permanente indispensável para a nossa formação, já que sempre temos sobre gestantes, idosos, crianças e nunca temos nada sobre saúde do homem (Cedro).

Quando o profissional inicia a EPS, é importante que tenha conhecimento das estratégias que poderá utilizar. Com essa estratégia, há a possibilidade de compreender o problema ou o desconforto sob a visão de outros atores, contribuindo para a responsabilização de todos e possibilidade de uma nova ação, gerando a aprendizagem e o trabalho em cogestão (BRASIL, 2015).

Observa-se nos relatos e falas dos ACS que, mesmo aqueles que estão inseridos há muito tempo na Atenção Primária, mostram-se despreparados em lidar com algumas temáticas, como, por exemplo, as que perpassam a saúde do homem.

A utilização da educação permanente, visando ao fortalecimento do conceito saúde-doença socialmente determinado e do empoderamento, possibilita o desenvolvimento de práticas sociais mais próximas da promoção de saúde, finalidade primeira das Unidades de Saúde da Família (BARBOSA, 2012).

Compreende-se a Educação Permanente em Saúde como um local promotor de satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal. Estratégias educativas que contribuam positivamente com a promoção de saúde são

indispensáveis no contexto atual (AMESTOY *et al.*, 2009).

Com informação adequada, dada por meio de Educação Permanente, os profissionais, no caso os ACS, estariam aptos e mais seguros para desenvolver ações educativas/preventivas para qualquer público, já que estamos falando de Saúde da Família. É necessário que todos os que fazem parte dessas famílias sejam contemplados por meio de ações de cuidado em saúde.

Com a implantação da ESF, o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências no campo político e social, principalmente ligadas à promoção de saúde. No entanto, o processo de qualificação desse profissional ainda permanece sem as competências necessárias para que estes consigam desempenhar seu papel, principalmente na saúde do homem (GOMES *et al.*, 2010).

Côncios disso, devemos fortalecer essas estratégias que empoderam os ACS para que sejam capazes de desempenhar seu trabalho com segurança frente às necessidades que existem no território, no que concerne às famílias e aos homens, já que estes constituem o grupo populacional mais desassistido pelas políticas de saúde de forma preventiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa intervenção, que teve como objetivo e fruto a construção de uma cartilha para Agentes Comunitários de Saúde, com enfoque no cuidado à saúde do homem, utilizando a metodologia problematizadora e ativa, que se deu pelo método do Arco de Maguerez, observamos a realidade a partir do contexto em que os ACS estão inseridos, pois são profissionais que integram a comunidade e o CSF.

Acredita-se que a construção dessa cartilha, elaborada com o olhar de quem está atuando na ponta, que são os profissionais ACS, o que torna muito mais significativo o processo, vai facilitar o trabalho junto ao público masculino.

Notou-se durante a entrevista e oficinas que os ACS necessitavam de

educação permanente acerca de saúde do homem e que sabiam da importância da EPS; Constataram-se limitações de literaturas mais atualizadas sobre a PNAISH e de estudos mostrando a importância do ACS frente esse público. Acreditamos que com esse trabalho possamos mostrar a importância dos ACS e que eles consigam exercer seu papel promotor e preventivo acerca da saúde do homem.

Contudo, notou-se que há ainda um déficit de Educação Permanente sobre a saúde do homem, o que dificulta o cuidar em saúde no âmbito preventivo por parte de todos os profissionais que atendem esse público, e visam diminuir os altos índices de adoecimento e morte dos homens.

Espera-se que, com essa produção: **Cartilha para Agentes Comunitários de Saúde: cuidando da saúde do homem**, possamos contribuir para melhorar o trabalho dos ACS frente a esse público, ampliando sua autonomia e tentando transformar a realidade em que os homens morrem mais rápido e mais cedo, muitas vezes, por falta de ações preventivas e falta de informação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO; M.A.L; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de saúde Pública**, v. 21, n.2, 2005.

AMESTOY, S.C; *et al.* As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha Enfermagem** (Online), Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-624, Dec. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Edição 70.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília (DF), Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: entendendo o SUS**, 2007. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gabinete do Ministro**, portaria nº 2.048. 3 de Setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da Situação da Saúde do Homem no Brasil**. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

_____. Ministério da saúde. Resolução nº 466 de outubro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção básica à saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BARBOSA, A. J. JURKEVICZ, V. **Acolhimento e integralidade na saúde do ho Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

BORILLE, D.C; *et al*. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 209-216, Mar. 2012.

BORDENAVE, J.D; PEREIRA, A.M.P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

CARLI, R.D; COSTA, M.C; SILVA, E.B; RESTA, D.G; COLOMÉ, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto e Contexto**, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

FONTES, W; BARBOZA, T.M; LEITE, M.C; FONSECA, R.L.S; SANTOS, L.C.F; NERY, T.C.L. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enfermagem**,v.11,n.1, 2011.

GOMES, R. A.; MINAYO, M.C.S. **Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa:**

Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes. 2009.

GOMES, K.O; *et al.* O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciências e saúde coletiva** . v.17, n.3, pp.621-626. 2012.

SCHWARZ, E; *et al.* Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 46, supl. 1, dez., 2012.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M.R. (Org.) **Masculinidades.** São Paulo (SP): Boitempo; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p.107-127.

O CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA EM DOIS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL/CE

Thalanikelson de Oliveira Brito
Márcia Maria Santos da Silva
Diógenes Farias Gomes
Heliandra Linhares Aragão
Ivna Arruda Sousa

INTRODUÇÃO

O uso/abuso do tabaco é considerado um fator de risco para algumas doenças. Por estar ligado à dependência química da substância nicotina, o tabagista pode desenvolver várias doenças crônicas (CAVALCANTE, 2005). De acordo com Monteiro *et al.* (2007, p 534) “houve no Brasil uma redução significativa do tabagismo de 34,8% no ano de 1989 para 22,4% em 2003”. Tivemos avanços no controle do tabagismo, entretanto a prevalência em mulheres jovens está crescendo se comparado aos homens da mesma faixa etária. Além disso, a mortalidade ainda é elevada e os custos ainda são subestimados (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015). Estes autores também referem que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Neste sentido, o tabagismo é considerada a:

Principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade, responsável por cerca de 6 milhões de mortes ao ano. Projeções apontam que, em 2020, esse número será de 7,5 milhões, ou seja, 10% de todas as mortes ocorridas no mundo (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015, p 1284).

Além disso, as despesas geradas pelo tabagismo impõem um custo importante tanto para o indivíduo, como para o sistema de saúde. Estima-se que esse custo pode variar de 0,1% a 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) em países de alta renda, representando de 6% a 15% do que é gasto nacionalmente com saúde (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

No Brasil, desde o final da década de 1980, o Ministério da Saúde

(MS) por meio do INCA (Instituto Nacional do Câncer) compreende o tabagismo como problema de saúde pública e vem promovendo uma série de ações para o enfrentamento das questões de saúde ligadas ao uso/abuso de tabaco, incluindo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Segundo o MS, o PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e conseqüentemente a morbimortalidade relacionada ao consumo de tabaco e seus derivados (BRASIL, 2016, p. 3).

O MS orienta, ainda, sobre o local para realização de tratamento para pessoas tabagistas, com vistas a promover o acesso, aproximar e:

[...] o tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade. Para isso é necessário que o município possua cadastramento das unidades no CNES para ofertar o serviço (BRASIL, 2016, p. 3).

Em Sobral/CE, o PNCT é desenvolvido pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), dispositivo da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) por se tratar de uma unidade cadastrada e especializada no manejo de usuários de substâncias psicoativas.

No âmbito da Atenção Básica, o município dispõe de 37 Centros de Saúde da Família (CSF), divididos em 04 macroáreas territoriais, as quais, dentre outros objetivos, buscam o enfrentamento às condições crônicas, tais como o tabagismo. Entretanto, poucos CSF possuem um cuidado direcionado ao tratamento do tabagismo, com grupos voltados para a prevenção e o controle antitabagista. Tal percepção decorreu da participação da 14ª turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, por meio da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Nesse sentido, observou-se que, dentre as ações de saúde com foco nas doenças crônicas, as ações de controle e tratamento do tabagismo ainda não são contempladas. Todavia, constata-se também a inexistência

de oferta de ações que possibilitam uma intervenção efetiva nos territórios da Cohab II e Sinhá Saboia, no que se refere ao tabagismo, a saber: grupos de cessação tabagista, atendimentos individuais, educação permanente para os profissionais, salas de espera e ações de educação em saúde voltadas aos usuários.

Tendo como referência este cenário, foi proposta a seguinte intervenção: Desenvolver estratégias de cuidado para usuários tabagistas no CSF Dr. Guarani Monte'Alverne (Cohab II) e no CSF Thomas Correia Aragão (Sinhá Saboia), em Sobral, Ceará.

Desta maneira, a intervenção pretendeu contribuir com a criação de estratégias antitabagistas nesses territórios, fomentando a ampliação do cuidado prestado aos usuários e apoiando o Projeto Terapêutico Singular destes, numa perspectiva territorial, universal, integral e equânime.

DESENVOLVIMENTO

O presente estudo resulta de uma pesquisa de intervenção de abordagem qualitativa junto ao grupo de tabagismo, dos usuários dos CSF de dois bairros (Cohab II e Sinhá Saboia) do município de Sobral, Ceará, Brasil. Participaram 82 pessoas de diferentes faixas etárias, sendo 42 profissionais dos CSF e 38 usuários, acompanhados no período entre agosto de 2018 a dezembro de 2018.

A intervenção foi realizada em 05 momentos: I) Educação permanente em saúde para profissionais e usuários; II) Levantamento situacional e mobilização; III) Acolhimento inicial; IV) Grupo de cessação do tabagismo; V Consulta individual.

Para a coleta de dados junto aos sujeitos foi utilizado um formulário com perguntas semiestruturadas e fechadas, aplicado nos momentos de triagem/acolhimento por assistente social, psicólogo, farmacêutico e médico, profissionais da equipe mínima e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Desse modo foi feita a coleta de dados no que tange: idade, sexo, gênero, peso, altura, pressão arterial, estado civil, escolaridade, doença

crônica, histórico de uso de medicação psiquiátrica ou acompanhamento de saúde mental, histórico de uso de outras substâncias psicoativas, frequência de uso, conhecimento sobre a substância, apoio familiar, problemas sociais do uso da substância, bem como sintomas relacionados a: sono, alimentação, concentração, humor, ansiedade, estresse, psicóticos, fissura, tristeza e angústia.

Outro instrumento de coleta foi a ficha de acompanhamento do usuário. Esta permitiu o acompanhamento sistemático tanto para tratamento individual como grupal e contém dados como: nome, cartão do SUS, data de nascimento, data de parada, tipos de parada (abrupta ou gradual), controle de presenças nos encontros, quantidade de cigarros que o usuário fumava ao iniciar o tratamento e controle das medicações prescritas

Este estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com parecer nº 2.806.734/2018.

Durante o período de execução do projeto foram facilitados seis grupos de cessação tabagista nos dois territórios onde foram acompanhados de forma individual três participantes.

A seguir dispomos mais informações que apontam características demográficas dos participantes do estudo, as quais serão dissecadas após a Tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes da pesquisa, Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Usuários por Território		
Sinhá Saboia	23	61%
Cohab II	15	39%
Usuários por sexo		
Masculino	12	32%
Feminino	26	68%
Comorbidades		

Diabetes	5	13%
Hipertensão arterial	10	26%
IST	2	5%
Histórico AVE	0	0%
Problemas no pulmão	0	0%
Apoio família no tratamento	38	100%
Histórico familiar de uso do tabaco		
Avós	26	68%
Pais	32	84%
Irmãos	26	68%
Filhos	5	13%
Idade que iniciou, em anos (*)	15,1	
Idade, em anos(*)	51,5	
Idade, por faixa etária, em números		
<30	0	0%
30 a 40	9	24%
41 a 50	6	16%
51 a 60	15	39%
>60	8	21%
Adesão ao tratamento		
Abandonou	12	32%
Concluiu	26	68%

(*)Resultado expresso em média aproximada

Fonte: Própria

Evidencia-se uma predominância feminina na busca do tratamento antitabagista, pois 68% dos usuários participantes da intervenção são mulheres, ficando 32% para o público masculino. No entanto, apesar das taxas de morbimortalidade serem mais elevadas no gênero masculino, nota-se que a presença de homens nos serviços da Atenção Primária à Saúde é relativamente menor comparada à de mulheres, especialmente as de cunho preventivas (GOMES *et al.*, 2007)

Outro dado aponta que, do total de participantes, a comorbidade predominante (26%) se refere à hipertensão arterial. Considera-se, ainda,

que uma acentuada parcela dos usuários é composta por idosos, sendo 51 anos a média de idade dos usuários. Desse modo, o abandono do tabagismo é um pré-requisito para o manejo do tratamento e prevenção de complicações crônicas da hipertensão arterial, principalmente para os mais idosos. Tendo o risco de complicações proporcional ao número de cigarros, os hipertensos tabagistas devem ser repetidamente estimulados a deixar esse hábito, por meio de aconselhamento e abordagens terapêuticas específicas (BRASIL, 2006).

Este estudo de intervenção apontou que 100% dos participantes relataram ter apoio familiar no tratamento. A família tem papel fundamental para a formação do indivíduo, é a principal instituição de interações sociais e sem dúvida tem uma forte influência nas decisões dos indivíduos. Neste sentido o estudo identificou uma relação alta sobre o tabagismo dos usuários e o histórico de uso de tabaco por algum familiar. Os dados mostram ainda que 84% apresentaram pais com histórico de tabagismo, seguidos dos avós e irmãos, ambos com 68%.

Oliveira, Santos e Furegato (2014) consideram o tabagismo como hábito socialmente aceito, símbolo de status social principalmente antes do século XX, logo passou a ser reconhecido como problema de saúde pelos órgãos que determinam as políticas de saúde mundiais, bem como a necessidade de controle pelas esferas locais. Entendemos que, assim como os usuários que participaram do estudo, os seus familiares possivelmente também tenham sido influenciados pelos seus pais e avós, bem como por padrões e hábitos socialmente aceitos, que ainda hoje são observados nos territórios.

Outro dado importante que destacamos é a ausência de participantes usuários com idade inferior a 30 anos, entendemos serem necessários novos estudos para explicar tal questão. Contudo, foi notória uma maior acentuação de usuários com faixa etária entre 51 e 60 anos para tratamento antitabagista. Em um estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, com 1.519 usuários, no ano de 2016, constatou-se uma prevalência maior de tabagismo em indivíduos com idade entre 50 e 59 anos. Observamos que existe uma predominância na busca por tratamento de cessação tabagista em indivíduos com idades entre 50 a 60 anos.

Desta forma inferimos que o motivo de esta faixa etária aparecer com maior predominância na busca por tratamento seja por possuir outras complicações clínicas, as quais as fazem ter um contato maior com profissionais de saúde e, desta forma, receber mais orientações quanto ao autocuidado e ao agravamento do estado de saúde pelo uso do tabaco.

Dentre os usuários que iniciaram muito cedo o hábito de fumar, em média com 15 anos de idade, a maioria relata ter sido influenciada pela família ou por amigos. Alguns usuários relataram que, escondidos, utilizaram tabaco dos familiares, ou acenderam cigarro para algum deles, prática comum na região naquela época. Desta forma entendemos que devido aos hábitos culturais ou por sofrerem influência de familiares e amigos, os usuários foram levados ao uso do tabaco.

Apresentamos na tabela 2 outros aspectos importantes sobre os participantes, considerando-se a relação destes com o consumo de tabaco.

Tabela 2 - Características gerais de participantes quanto às situações clínicas e uso do tabaco. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Histórico de acompanhamento em saúde mental	15	39%
Uso atual de medicações psiquiátricas	5	13%
Média de cigarros fumados por dia(*)	21,8	
Média de tempo de uso do cigarro em anos (*)	36	
Tipos de cigarro de tabaco		
Carteira industrial	32	84%
Fumo	1	3%
Carteira industrial + fumo	5	13%
Cigarros fumados por período, em números (*)		
Manhã	7,0	32%
Tarde	7,8	36%
Noite	6,9	32%
Histórico de uso de substâncias		
Álcool	33	87%
Tabaco	38	100%

Maconha	8	21%
Crack	0	0%
Uso de substâncias, na data da triagem/acolhimento		
Álcool	9	24%
Tabaco	38	100%
Maconha	0	0%
Crack	0	0%
Conhecimento sobre o tabaco		
Não conhece	1	3%
Sabe pouco	14	37%
Médio	18	47%
Conhece bastante	5	13%
Padrão de uso do tabaco		
Esporádico	1	3%
Recreativo	0	0%
Dependência	36	95%
Abusivo	1	3%
Grau de dependência à nicotina (**)		
Muito baixo	8	21%
Baixo	2	5%
Médio	4	11%
Elevado	14	37%
Muito elevado	10	26%

(*)Resultado expresso em média

(**) Teste Fagerström

Fonte: Própria.

Os dados descritos evidenciam que a maioria dos usuários nunca havia realizado acompanhamento em saúde mental por algum transtorno específico, apenas 39% possuem esse histórico e 13% fazem uso de medicações psiquiátricas. Os dados mostram que os usuários já estavam fazendo uso de tabaco em média há 36 anos, com predominância de 84% no tipo de carteira¹² industrial.

O uso de tabaco foi prevalente em 39% das pessoas que já realizaram

tratamento específico para alguma questão ou comorbidade em saúde mental. Entendemos que estes dados são uma parcela considerável do estudo. Oliveira, Santos e Furegato (2014) relatam que existe uma frequência tabagista maior (2 a 3 vezes) em pessoas em sofrimento mental do que na população geral. Os autores apresentam em seu estudo com pessoas em sofrimento mental um percentual de 36,5% tabagistas e 14,5% ex-tabagistas.

Observamos que a relação que os usuários mantêm com o tabaco é forte, com uma parcela da vida dedicada ao tabagismo, representando uma média 36 anos. Entendemos que um dos motivos seja que alguns comportamentos da vida diária dos usuários estão associados ao hábito de fumar, a maioria relata ter horários específicos pela manhã, tarde e noite, geralmente antes ou após as refeições, ou associado a café ou a bebidas alcoólicas.

O uso de outras substâncias, como o álcool e a maconha, influencia negativamente no tratamento antitabagista. Azevedo *et al.* (2016) apontam como risco para recaída o uso de álcool e outras drogas. Neste estudo, apesar de 84% apresentarem histórico de álcool, apenas 24% faziam uso na data da triagem.

Nos relatos, observamos que as emoções diretamente vinculadas ao uso do tabaco são tristeza ou alegria, medo, angústia, dentre outros. Neste sentido, o tabagismo assume lugar no cotidiano dos usuários e a intensidade dessas relações, entendidas como associações comportamentais, fortalece a dependência.

Apesar de todos os esforços do INCA e Ministério da Saúde em campanhas educativas e antitabagistas, a desinformação ainda aparece bem presente entre os usuários. 84% deles apresentam nível de conhecimento sobre o tabagismo entre médio e pouco, sendo 47% e 37% respectivamente. Entretanto, 95% dos usuários identificam seu uso como dependência química, fator importante para o processo de tratamento, por ser entendido como doença e problema de saúde.

Para identificarmos o grau de dependência física à nicotina, utilizamos o teste/escala de Fagerstrom. Como resultado, 36% encontravam-se

com graus entre (muito baixo, baixo e médio), já 63% dos usuários com graus entre (elevado e muito elevado). Importa ressaltar que quanto maior o grau de dependência maiores serão as possibilidades de insucesso no tratamento. Segundo Santos *et al* (2018), o nível elevado de dependência à nicotina pode refletir, ao longo do tempo, em maior número de doenças associadas ao tabagismo.

A quantidade de cigarros fumados, bem como a profundidade da tragada, também são fatores importantes para o aparecimento de doenças associadas ao tabaco. Sabe-se que a média de consumo de cigarros de tabaco é de aproximadamente 22 cigarros por dia. Já um estudo realizado em 2014, na cidade de Uberaba/MG, mostra uma média de 25,8 cigarros fumados por dia (SANTOS *et al.*, 2018).

As consequências do uso contínuo do cigarro se manifestam por meio de diversos sintomas expressos pelos usuários. Dentre os participantes, foram mencionados: fissura (compreendida como uma intensa vontade de fazer uso da substância), ansiedade/estresse, humor irritadiço, desânimo/esmorecimento, dificuldade de dormir e dores de cabeça. Foram apontados, ainda, outros problemas que o tabagismo ocasionou na vida dos usuários, como doenças, brigas com a família, e muitos outros, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Sintomas e prejuízos decorrentes do uso do cigarro. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Presença de sintomas		
Dificuldade de dormir	27	71%
Choro fácil	19	50%
Desânimo/esmorecimento	32	84%
Tristeza/solidão	29	76%
Esquecimento/amnésia	29	76%
Tontura	25	66%
Dores de barriga	13	34%
Humor irritadiço	33	87%

Convulsão	0	0%
Problemas de atenção e concentração	11	29%
Ansiedade/estresse	33	87%
Angústia	24	63%
Agressividade/irritabilidade	17	45%
Alucinações visuais/auditivas	13	34%
Desorientação espaço-temporal	0	0%
Dores de cabeça	27	71%
Fissura	36	95%
Discurso desconexo	0	0%
Problemas alimentares	25	66%
Prejuízos ocasionados pelo uso do tabaco		
Faltas escolares	6	16%
Brigas com a família	23	61%
Brigas com amigos	7	18%
Problemas no trabalho	10	26%
Risco de morte	12	32%
Abandono por pessoas próximas	9	24%
Outras doenças ou problemas de saúde	25	66%

Fonte: Própria

Dentre vários sintomas mencionados pelos usuários, 95% deles destacaram uma forte predominância de fissura, apresentada de maneira intensa. Foram referidos também a ansiedade/estresse e o humor irritadiço, ambos presentes em 87% dos usuários, seguidos por desânimo/esmorecimento, mencionado por 84% dos participantes. Dificuldade para dormir e dores de cabeça são sintomas que foram relatados por 71% dos usuários. Dentre os problemas gerados pelo tabagismo na vida dos usuários, verificou-se um total de 66% relacionado a situações decorrentes de doenças ou problemas de saúde; em seguida vieram brigas com a família, referidas por 61% dos participantes.

Um estudo realizado nos EUA e na Austrália por Lawrence, Mitrou e Zubrick (2009) identificou uma associação entre tabagismo e sintomas de depressão e ansiedade. Esclarecem que são conhecidos os efeitos da nicotina no Sistema Nervoso Central (SNC), atuando como um psicoestimulante que

afeta vários neurorrreguladores de modo a produzir efeitos que influenciam no comportamento e humor.

Os autores ainda relatam que a nicotina pode produzir efeitos de modo a aliviar os sintomas de depressão e ansiedade, em algumas circunstâncias. Levantam a hipótese da automedicação, relatam que é bem mais fácil e acessível fumar cigarro para ter sensações de alívio dos sintomas, principalmente aqueles que ainda não tiveram nenhuma prescrição de medicação.

Conforme Brasil (2015), ansiedade e irritabilidade apresentam-se como alguns dos principais sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, bem como forte desejo de fumar, inquietação, alterações no sono, sensação de tristeza e depressão, além de dor de cabeça e tontura. Desta forma o presente estudo corrobora os dados do Ministério da Saúde, na medida em que se verificou a presença dos mesmos sintomas nos participantes do presente estudo, havendo importante prevalência de desânimo e esmorecimento, dificuldade de dormir e dores de cabeça, o que evidencia a dimensão do sofrimento ocasionado pelo tabagismo.

Por fim, dentre os prejuízos que o tabaco apresenta na vida dos fumantes, foram destacadas pelos usuários: doenças e problemas de saúde com 66% e brigas com a família 61%. Conforme Bettio (2018), em estudo realizado em Água Clara, Mato Grosso do Sul, em relação aos motivos para deixar de fumar, aparecem com destaque “preocupações com a saúde” e “bem-estar da família” 82% e 30% respectivamente. A família, nestes casos, aparece como barreira ao consumo de tabaco, e pode ser vista como fator de proteção a possíveis recaídas.

MOMENTOS DA INTERVENÇÃO

Levantamento Situacional e Mobilização

Para este momento foi fundamental a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que conhecedores do território de abrangência do CSF, puderam contribuir como estratégia de vínculo entre o CSF e usuários.

Inicialmente foi solicitado que os ACS listassem e convidassem

os usuários para uma consulta de triagem. Entretanto, poucos aderiram, surgindo indagações sobre isto. Deste modo levantamos algumas hipóteses: 1) Os usuários não desejam o tratamento; 2) Por ser o primeiro grupo oferecido nas unidades, a população não estaria adaptada à oferta do tratamento; 3) Os ACS não estariam disseminando os convites de forma abrangente; 4) Os ACS talvez não conseguiram abordar de forma assertiva os usuários.

Portanto, optamos por realizar um encontro de educação permanente com os ACS, abordando como temática o uso de substâncias psicoativas, formas de abordagens aos usuários tabagistas, apresentação do fluxograma, etapas e dinâmica do tratamento tabagista. Com esta ação pretendeu-se que os ACS se sentissem preparados para realizar uma abordagem assertiva e que se reconhecessem como parte integrante do tratamento tabagista da unidade (Grupo e Individual). Neste sentido, após a educação permanente com os ACS, aumentaram as solicitações para realizar tratamento, inclusive, uma das ACS optou por fazer parte de um dos grupos na condição de buscar tratamento para si.

Outras estratégias de mobilização utilizadas foram: a divulgação na rádio comunitária que abrange os territórios dos dois CSF, as rodas de quarteirão¹³ e os momentos de salas de espera na própria unidade. Para potencializar tais estratégias foi utilizado um cordel de autoria própria que tem a finalidade de convidar os usuários a buscarem tratamento nas unidades de saúde, por meio de uma linguagem mais poética e lúdica.

Avaliamos que as estratégias de levantamento situacional e mobilização foram efetivas, considerando-se a procura para o tratamento e a interação da população com as propostas de divulgação.

Educação Permanente

Para este momento foram realizados no próprio CSF, três encontros, com três temáticas distintas, voltadas para os ACS e demais profissionais da equipe, utilizando como metodologia a exposição dialogada, conforme quadro

13 As Rodas de Quarteirão são momentos educativos realizados nos territórios da Estratégia Saúde da Família, fora da UBS, onde profissionais abordam temáticas diversas, e a população participa de maneira dialógica.

a seguir:

	Temática	Participantes
1º Encontro	1) A importância do papel do ACS no cuidado ao usuário tabagista; 2) Desestigmatização do uso de substâncias; 3) Classificação do uso das substâncias quanto à legalidade e seus efeitos no SNC (Sistema Nervoso Central); 4) Abordagens ao usuário de substâncias psicoativas; 5) Entrevista motivacional e estágios de mudança; 6) Construção do Fluxograma do tratamento antitabagista no CSF; 7) Alinhamentos sobre os tratamentos individuais e grupais.	ACS
2º Encontro	1) A importância do papel do ACS no cuidado ao usuário tabagista; 2) Desestigmatização do uso de substâncias; 3) Classificação do uso das substâncias quanto à legalidade e seus efeitos no SNC (Sistema Nervoso Central); 4) Abordagens ao usuário de substâncias psicoativas; 5) Entrevista motivacional e estágios de mudança; 6) Construção do Fluxograma do tratamento antitabagista no CSF; 7) Alinhamentos sobre os tratamentos individuais e grupais.	Demais profissionais da equipe
3º Encontro	1) Apoio medicamentoso; 2) Bases para abordagem ao fumante; 3) Dinâmica de crenças; 4) Fatores dificultadores da cessação de fumante; 5) Sessões 1, 2, 3 e 4; 6) Instrumentos para acompanhamento do tratamento; 7) Estratégias de cuidado para além do grupo	Demais profissionais da equipe

Fonte: Própria

O primeiro encontro foi direcionado aos ACS, enquanto os outros

tiveram como foco os demais profissionais da equipe do CSF a saber: técnicos em enfermagem, enfermeiros, residentes multiprofissionais em saúde da família, gerente do CSF, preceptor de território e funcionários do Serviço de Arquivos Médicos e Estatístico (SAME).

A estratégia de realizar encontros formativos considerou as prerrogativas dispostas na Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013, em seu Art 1º, inciso VI.

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Uma das primeiras necessidades da realização da intervenção estava relacionada à educação permanente com os ACS, levando em consideração que estes estavam convidando os usuários para tratamento antitabagista na unidade e por vezes:

- Apresentavam discurso culpabilizador e estigmatizador do usuário em relação ao adoecimento;
- Apresentavam dificuldades no manejo e por vezes não compreendiam a situação de ambivalência¹⁴ dos usuários;
- Não priorizavam o convite à população tabagista de sua área de abrangência, o que dificultava o acesso da população ao tratamento.

Considerou-se a teoria de aprendizagem significativa proposta por David Ausubel que refere sobre o sujeito aprender significativamente algo na

14 Ambivalência é uma situação comum que pode acontecer durante o processo de cessação do tabagismo, nela o usuário apresenta relato, atitude ou entendimento de que precisa parar de fumar, ao mesmo tempo que apresenta relato, atitude ou entendimento de que gosta de fumar ou não consegue viver sem o cigarro de tabaco. Também pode ser entendido como sintoma.

medida que incorpora novas informações àquelas que já possuía (AUSUBEL, 1982). Considera-se que tal aprendizagem é construída a partir do diálogo com o que já sabíamos, nela acumulamos e renovamos experiências (BRASIL, 2010c).

No desenvolvimento dos encontros, os participantes puderam explorar diversas dúvidas, que suscitaram relatos de situações vividas por eles enriquecendo ainda mais as discussões. Ao final houve avaliações muito satisfatórias quanto à iniciativa de trabalhar com o público tabagista, à implantação do grupo e às intervenções de educação permanente.

Triagem/acolhimento inicial

A triagem e o acolhimento inicial são etapas importantíssimas do fluxograma para delineamento do tratamento ao usuário tabagista, principalmente para a identificação do estágio de mudança de comportamento em que o usuário se encontra.

Os usuários foram acolhidos em suas demandas iniciais e foi realizada uma triagem, levando em consideração o estágio de mudança de comportamento propostos por Prochaska e DiClemente, apud Miller e Rollnick (2001): Pré-Ponderação, Ponderação, Determinação, Ação, Manutenção, Recaída.

Neste sentido, apenas os usuários que se encontravam nos estágios Determinação e Ação eram chamados ao tratamento em grupo. Aqueles nos estágios de Pré-Ponderação e Ponderação foram direcionados aos atendimentos individuais, em que foi trabalhado, a partir da entrevista motivacional, o estágio de mudança desses usuários até que estivessem em estágio de motivação para a “Ação”. A partir daí se iniciava o tratamento de forma individual ou o usuário era direcionado ao tratamento em grupo.

A criação e utilização do formulário de triagem facilitou e agregou qualidade no processo de triagem. Também foi utilizado o teste de Fagerstrom que demonstra o grau de dependência física do usuário em relação à nicotina. Trata-se de preciosa informação para o delineamento do tratamento, verificando-se os seguintes graus de dependência física à nicotina: dependência

muito baixa, dependência baixa, dependência média, dependência elevada e dependência muito elevada. Considera-se que, tendo o usuário apresentado score maior ou igual a 06 pontos, evidencia-se um indicativo de que terá mais possibilidades de apresentar maior desconforto (síndrome de abstinência) ao permanecer sem fumar (FAGERSTROM,1978).

Grupos de cessação do tabagismo

Para esse momento foram necessários alguns planejamentos e dimensionamentos de pessoas, equipamentos, medicações e materiais a serem entregues.

Foi a partir da triagem que identificamos as quantidades de pessoas aptas a participarem do grupo de cessação do tabagismo, bem como a quantidade de cigarros de tabaco que eram consumidos por cada um. Assim, foi possível dimensionar as quantidades de medicações (adesivo transdérmico à base de nicotina), material a ser entregue (Manual do participante), datas para os “Encontros Ministério da Saúde” e “Encontros de Aprofundamento”.

Nomeamos como Encontros ou Sessões Ministério da Saúde as quatro sessões estruturadas por este órgão, conforme descrito a seguir:

- Sessão 01 Ministério da Saúde – Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde
- Sessão 02 Ministério da Saúde – Os primeiros dias sem fumar
- Sessão 03 Ministério da Saúde – Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar
- Sessão 04 Ministério da Saúde – Benefícios obtidos após parar de fumar

Já os Encontros de Aprofundamento se referiam aos momentos cuja temática apresentavam relação com o tratamento tabagista, abordando assuntos alinhados com o que recomendado pelo Ministério da Saúde. Os Encontros de Aprofundamento também foram divididos em quatro sessões, cujos objetivos permeiam:

Aprofundamento 01: Entender o que é Ansiedade, como atua em nosso corpo e o que podemos fazer para diminuir seus efeitos/lidar com a situação/sintomas, técnicas para lidar com a ansiedade, momento facilitado pelo psicólogo e fisioterapeuta.

Aprofundamento 02: Entender os prejuízos causados pelo uso do tabaco na voz e dentes, bem como todas as estruturas que permeiam cavidade oral, faringe, laringe, traqueia e pulmões, momento facilitado por fonoaudióloga e dentista.

Aprofundamento 03: Entender qual a relação existente entre tabagismo e nutrição, reeducação alimentar, quais alimentos são recomendados a pessoa em tratamento de cessação tabagista, facilitado por nutricionista.

Aprofundamento 04: Entender como a Auriculoterapia e as atividades físicas podem ajudar no tratamento, quais benefícios podem ser adquiridos, facilitado por profissional de Educação Física.

Ressaltamos que o tratamento grupal foi recomendado para usuários que se adequassem à lógica dos cuidados coletivos, que se encontravam no mesmo estágio de mudança (contemplação e ação) e que não manifestassem dificuldades em expor seus problemas no âmbito coletivo. As sessões foram realizadas semanalmente, no turno da tarde, com duração de 2 horas cada.

Para o melhor acompanhamento dos usuários durante os tratamentos, foi criada uma ficha de acompanhamento do usuário em tratamento de cessação do tabagismo. Esta ficha foi utilizada pelo coordenador do grupo ou do profissional de referência do tratamento individual. Outra contribuição do instrumento foi permitir o planejamento e dimensionamento dos insumos, tais como quantidades de medicações.

Realizamos o planejamento e a execução dos encontros semanais dos grupos da seguinte forma:

Quadro 3 – Organização dos Encontros do Grupo de Cessação do Tabagismo.

Encontros	Objetivos/Temática	Facilitadores Principais
01	Sessão 01 Ministério	Assistente Social; Farmacêutico; Médico
02	Aprofundamento 01	Psicólogo e Fisioterapeuta
03	Sessão 02 Ministério	Assistente Social; Farmacêutico; Médico
04	Aprofundamento 02	Fonoaudióloga e Dentista
05	Sessão 03 Ministério	Assistente Social; Farmacêutico; Médico
06	Aprofundamento 03	Nutricionista
07	Sessão 04 Ministério	Assistente Social; Farmacêutico; Médico
08	Aprofundamento 04	Profissional de Educação Física

Fonte: Própria

A definição destes facilitadores decorreu da disponibilidade e viabilidade, considerando-se a presença da Residência Multiprofissional em Saúde da Família nos territórios onde foram realizadas as intervenções. Contudo, compreendemos que, uma vez capacitados, os profissionais da equipe mínima detêm as condições necessárias para o desenvolvimento das intervenções propostas. A criação do fluxograma do cuidado ao usuário tabagista no CSF, por sua vez, facilitou o entendimento e alinhamento da equipe.

Quanto à avaliação dos momentos, os usuários consideraram os momentos grupais como muito satisfatórios, e sempre elogiavam os profissionais convidados. Demonstraram gostar bastante dos encontros, posto que estes possibilitavam o senso de pertencimento grupal, fortalecendo a ideia de que não estavam sozinhos.

Atendimentos Individuais

Este momento foi pensado como estratégia de cuidado para além da proposta do grupo de cessação de tabagista, e contemplou somente três participantes, que apresentavam algumas das características a seguir: 1) Não se sentiram à vontade em participar de tratamento coletivo; 2) Não estavam no momento da triagem com estágio de mudança em (determinação ou ação); 3) Apresentavam outras comorbidades.

Os atendimentos individuais aconteceram semanalmente, nas segundas feiras, no turno da tarde, e foram estruturados com base na Entrevista Motivacional (EM) e abordagem cognitiva comportamental. A Entrevista Motivacional é uma abordagem do cognitivo-comportamental (CP), tem foco na mudança do comportamento da pessoa, é necessária quando se quer mudar um comportamento específico de um indivíduo que se apresenta ambivalente (as vezes tem certeza de que quer mudar este comportamento, outras vezes tem certeza de que não é necessário). As razões e as motivações que as pessoas trazem são o mais importante na EM, a partir delas que serão delineados os rumos do tratamento (BRASIL, 2010a).

Para realizar o acompanhamento do tratamento dos usuários (individual e grupo), foi elaborado juntamente com cada usuário um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é uma forma bem clara de acompanhar as mudanças, benefícios e dificuldades dos usuários durante o tratamento.

A construção do PTS pode ser sistematizada em quatro momentos: 1) Diagnóstico e análise; 2) Definição de ações e metas; 3) Divisão de responsabilidades; 4) Reavaliação do PTS (BRASIL, 2014, p. 74).

A facilitação dos momentos de atendimento individual ficou sob a responsabilidade do assistente social e do farmacêutico, sendo os médicos dos CSF consultados sempre que necessário, em interconsulta. O PTS era revisto sempre que havia necessidade. Esse processo de diálogo e confiança mútua fez muita diferença. Constatamos que os usuários expressavam confiança nos profissionais, provavelmente por não assumirmos postura de julgamento de seu sucesso ou insucesso. Ao contrário, evidenciaram confiança e cumplicidade

no compartilhamento do que estavam vivenciando.

Os atendimentos aconteciam nos próprios CSF, em salas reservadas, onde não houvesse interrupção durante os atendimentos, com duração média de 40 a 60 minutos, conforme cada caso. Em nossa compreensão, os atendimentos individuais e as atividades em grupo podem apresentar funções complementares no tratamento do tabagismo.

As avaliações dos atendimentos individuais pelos usuários ocorriam na última consulta do mês. Houve uma avaliação média final de “muito satisfatório”, com diversos elogios. Os participantes destacaram a abertura em relação ao tratamento, a flexibilidade no sentido de criar consensos sobre formas mais assertivas para cada usuário lidar com suas questões/problemas e a atenção para que o usuário se corresponsabilizasse em seu processo de cuidado.

Fluxograma

O fluxograma permeou todos os momentos da intervenção, e precisou ser revisto algumas vezes. Inicialmente ele foi elaborado e validado juntamente por assistente social, médicos e gerentes das duas unidades básicas de saúde.

A validação do fluxograma ocorreu em dois momentos, um somente com os agentes comunitários de saúde, e outro com demais integrantes da equipe do CSF. É importante destacar que os integrantes da equipe tiveram oportunidade de opinar e incluir sugestões no fluxograma, entretanto entenderam que as modificações apresentadas já eram suficientes.

Em nossa compreensão, o fluxograma cumpriu seu papel de facilitar, direcionar e organizar os processos de trabalho dentro dos CSF, no que se refere ao grupo de tabagismo e ao cuidado voltado para usuários tabagistas na Estratégia Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma maneira geral podemos considerar que as atividades desenvolvidas no decorrer do projeto de intervenção foram exitosas e corresponderam aos objetivos propostos, uma vez que foram desenvolvidas estratégias de cuidado ao usuário tabagista nos CSF da Cohab II e Sinhá Saboia. Para tanto, houve: elaboração de um fluxo de cuidado ao usuário tabagista nas duas unidades; mobilização para formar grupos de cessação tabagista; colaboração com PTS dos usuários; educação permanente para os trabalhadores da saúde das unidades; inclusão de práticas integrativas e complementares no cuidado ao usuário.

Ressaltamos que, antes da intervenção, não existia grupo de cessação de tabaco nas duas unidades básicas de saúde. Contudo, existia uma proposta iniciada pela Coordenação da Atenção Básica, que realizou treinamento com os médicos para a realização do grupo de tabagismo nas UBS.

Compreendemos que a família também pode estar mais presente no tratamento, não durante as sessões grupais, mas em atendimentos individuais, ou em um grupo voltado apenas para os familiares, pois eles podem ser importantes parceiros no enfrentamento ao tabagismo, bem como na manutenção da situação de abstinência dos usuários. Embora não tenha sido possível realizar este grupo, sugere-se tal possibilidade em intervenções futuras junto aos usuários tabagistas.

Consideramos que as atividades possibilitaram uma efetiva intervenção na realidade da Atenção Básica de Sobral, seja dos usuários, seja dos profissionais, além de fomentar o uso de práticas integrativas e complementares no município. Logo, houve uma colaboração de forma significativa junto à rede de Atenção Básica de Sobral, principalmente no que preconiza a PNAB, desde a organização até a operacionalização do cuidado ao usuário tabagista em Unidades Básicas de Saúde.

Destacamos que o presente estudo pode contribuir em espaços de reflexão e compreensão em relação à saúde mental, ao uso/abuso de tabaco, às doenças crônicas, à Atenção Básica e à Estratégia Saúde da Família. E

desejamos que a intervenção apresentada seja continuada, de forma que outros estudos aprofundem os conhecimentos e técnicas no que tange às problemáticas relacionadas ao tabagismo, sobretudo no contexto da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 1982.

AZEVEDO, G; *et al.* Fatores Associados à Recaída do Tabagismo em Pacientes Assistidos em Unidades de Saúde da Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

BETTIO, C.J; *et al.* Fatores emocionais associados ao hábito de fumar em usuários de um programa antitabagismo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças Respiratórias Crônicas.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010c, 110p.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014, 118p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF):

Ministério da Saúde, 2015, 156p.

_____. Secretaria de Estado de Saude. **Controle do Tabagismo: Manual de Apoio para Coordenadores**. Mato Grosso do Sul: Governo do Estado, 2016.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev psiquiatr clín**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

FAGERSTRÖM, Karl-Olov. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive behaviors**, v. 3, n. 3-4, p. 235-241, 1978.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565-574, 2007.

LAWRENCE, DAVID; MITROU, F; ZUBRICK, S.R. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. **BMC public health**, v. 9, n. 1, p. 285, 2009.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

MONTEIRO, C.A; *et al.* Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 7, p. 527-534, 2007.

OLIVEIRA, M.R; SANTOS, J.L.F; FUREGATO, A.R.F. Perfil sociodemográfico de tabagistas internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.

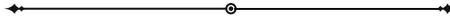
PINTO, M.T; PICHON-RIVIERE; ANDRES, BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, Washington,

DC, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

SANTOS, S.R; *et al.* Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 17381, 2018.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO DE IDOSOS: Estudo de Intervenção



*Valdênia Cordeiro Lima
Maria da Conceição Coelho Brito
Aline Ávila Vasconcelos
Francisca Izarlândia Sousa Aragão
Karina Oliveira de Mesquita*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, fazendo com que o tempo os torne menos capazes de superar o estresse provocado pelo meio-ambiente e, portanto, aumentando sua possibilidade de morte (OPAS, 2003).

A população brasileira, sentindo os efeitos das transições demográficas e epidemiológicas, vem apresentando acelerada redução dos índices de fecundidade e aumento da longevidade, modificando a pirâmide etária, que passa a caracterizar uma população envelhecida, com redução das crianças e jovens e aumento dos adultos e idosos (MEDRONHO, 2008), (IBGE, 2015).

Os idosos apresentam um crescimento maior que as demais faixas etárias. Em 2000, a população com 60 anos ou mais correspondia a 14,2 milhões, devendo elevar para 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060 (IBGE, 2015). Em nível mundial, há projeção que em 2020 o número de pessoas com 60 anos ou mais deva superar a quantidade de crianças menores de 5 anos (OMS, 2014).

No Brasil, no ano de 2000, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 5,61% da população total, passando para 8,46% no ano de 2018 e com projeções de 13,44% para o ano de 2030. Já no estado do Ceará, os dados indicam que os idosos correspondiam a 5,88% do total de pessoas em 2000, passando em 2018 para 7,78% e com projeções para 2030 de 11,46%

(IBGE, 2017). Essas modificações trazem importantes impactos nas áreas socioeconômicas, da saúde e da previdência (BRASIL, 2013).

A transição demográfica provoca uma transição epidemiológica, com aumento das doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, e redução das doenças infecciosas (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015). O envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas podem se tornar um grande desafio para a saúde pública mundial (OMS, 2014).

O aumento da prevalência de doenças crônicas na população idosa ressalta ainda mais a importância da realização de ações de promoção da saúde, em especial pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Pesquisas indicam que essas ações de promoção da saúde, controle e prevenção de doenças realizadas pela ESF são fatores protetores para a saúde dos idosos em relação às doenças crônico-degenerativas (ZAVATINI; OBRELI-NETO; CUMAN, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa a porta de entrada para atenção à saúde dessa população, sendo ordenadora e coordenadora dos cuidados em todos os pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS) e nos ciclos de vida das pessoas. É nesse ponto da RAS que deve ocorrer a estratificação de risco dos idosos e manejo clínico adequado para esse grupo de pessoas (BRASIL, 2006; MENDES, 2010).

Considerando a importância da APS, desde 2016, em algumas cidades do Ceará, dentre as quais Sobral, ocorreu a realização de Oficinas do Projeto de Qualificação da Atenção Primária do Ceará (Qualifica APSUS), que objetiva apoiar os municípios no fortalecimento da APS. Na primeira etapa de avaliação, para a obtenção do Selo Bronze, foram avaliados inúmeros critérios como as estratificações de risco dos grupos prioritários. Nesse estudo, dedicou-se à estratificação de risco dos idosos, valorizando, assim, esse grupo da população.

O interesse em realizar essa pesquisa-intervenção surgiu a partir da identificação dos dados demográficos e epidemiológicos, aliada à observação da realidade do território de atuação durante a vivência da Residência em Saúde

da Família, em que não havia uma estratificação de risco dos idosos. Desta forma, esses recebiam ações de assistência sem considerar as especificidades de suas condições de saúde, e ainda o princípio da equidade e integralidade do SUS.

A temática foi ainda fortalecida pela avaliação que os Centros de Saúde da Família (CSF) vivenciaram por meio do projeto Qualifica APSUS, no ano de 2018, para obtenção do Selo Bronze, em que um dos requisitos avaliados foi a estratificação de risco da população idosa. O CSF, no qual a presente pesquisa se realizou, foi escolhido como Unidade Laboratório do município de Sobral.

Nesse contexto, acredita-se que essa intervenção é relevante, à medida que contribui para reorganização da atenção à saúde do idoso. O usuário poderá receber a assistência de acordo com as necessidades que apresenta, com os riscos identificados e estratégias de manutenção e recuperação da saúde implementadas de forma condizente com a sua atuação. Proporcionou também reflexão crítica dos profissionais sobre como o cuidado ao idoso desse CSF está sendo conduzido. Dessa forma, a intervenção teve por objetivo contribuir para a estratificação de risco e manejo clínico adequados de idosos adscritos ao Centro de Saúde da Família - Cohab II, em Sobral – CE.

DESENVOLVIMENTO

Tratou-se de uma pesquisa-intervenção que, de acordo com Vergara (2009), tem por objetivo a identificação de um problema, transformando uma ideia em ação, na busca por solucioná-lo. Teve como cenário o Centro de Saúde da Família Dr. Antônio Guarany Mont’Alverne, localizado no bairro Cohab II, município de Sobral-CE.

Esse CSF é composto por duas equipes completas da Estratégia Saúde da Família, responsáveis por 15 microáreas, com 7.076 habitantes adscritos. Com base nos dados cadastrados no Sistema e-SUS, há 704 idosos distribuídos em dois grupos, um com 285 idosos e outra com 419. Foi escolhido para a intervenção por ser a Unidade Laboratório do Projeto Qualifica APSUS.

Constituíram-se como participantes da pesquisa os idosos cadastrados no sistema E-SUS vinculados às microáreas 02 e 03 da equipe I do CSF Cohab II, que representam 72 idosos, e os profissionais do CSF que participaram dos momentos coletivos dessa intervenção. Os profissionais foram incluídos devido à relevância da temática para sua prática profissional e por serem responsáveis por prestar direta ou indiretamente cuidados à população do estudo.

A intervenção foi realizada observando-se os seguintes momentos:

1º momento: Sensibilização da equipe I, por meio de reunião com a enfermeira residente, em que foram explicados os objetivos da intervenção, a metodologia proposta e a sua importância.

2º momento: Oficina sobre a aplicação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)¹⁵, com ACSs e enfermeira pertencentes a equipe I, gerente e tutora do CSF, assim como os ACSs da equipe II que se propuseram a participar do momento. Mesmo a intervenção delimitada a duas microáreas, o envolvimento dos demais membros da equipe poderá contribuir para o serviço, pois esses profissionais também irão realizar a estratificação de risco dos idosos como processo do projeto Qualifica APSUS.

3º momento: Momentos individuais com as ACS das microáreas 02 e 03 da equipe I para a identificação dos idosos adscritos na área, mediante análise dos prontuários e criação de uma lista com dados de identificação dos idosos. A partir disso, foi realizado um planejamento do número de visitas a serem realizadas semanalmente.

4º momento: Foram realizadas 68 visitas domiciliares, uma para cada idoso, juntamente com os ACS, em suas respectivas microáreas, para a aplicação conjunta do protocolo VES-13.

5º momento: Todos os instrumentos coletados foram avaliados e os

15 É um instrumento de triagem que foi criado nos Estados Unidos por Saliba *et al.* (2001) com o objetivo de identificar os idosos vulneráveis residentes na comunidade. Organiza sua avaliação em quatro itens: idade, autopercepção da saúde, limitação motora para realizar atividades físicas e incapacidades na realização de atividades de vida diária.

idosos estratificados em robustos, em risco de fragilização ou frágeis.

6º momento: Participaram a equipe I e II, a equipe de saúde bucal e agentes administrativos, uma vez que, além da devolutiva dessa pesquisa, a gerente realizou a Oficina de Estratificação de Risco e Manejo Clínico dos Idosos, para a equipe do CSF. Esse momento teve por objetivo elaborar um plano de cuidado geral aos idosos conforme a estratificação.

7º momento: Consolidação das informações apresentadas pelos profissionais no 6º momento e apresentação para a equipe do CSF do plano de cuidados do idoso e realização de possíveis adequações.

O monitoramento ocorreu durante toda a intervenção, com observações dos momentos com os profissionais e das fichas de estratificação. A avaliação ocorreu mediante criação de planilhas de acompanhamento dos idosos. Essas planilhas foram organizadas de acordo com o ACS e sua classificação de risco, contendo os dados de identificação do usuário, e outra planilha com a frequência de ações de saúde que cada idoso terá, de acordo com o plano de cuidados elaborado pela equipe do CSF.

Após a elaboração dessas planilhas, sugeriu-se que fossem utilizadas mensalmente na reunião de equipe, para que a enfermeira, juntamente com os seus ACS, identifiquem se o plano de cuidado dos idosos está sendo realizado conforme sua estratificação.

Essa intervenção foi norteada a partir da Resolução 466/2012, que regulamenta as normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram respeitados os referenciais básicos da bioética, com a utilização dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Consentimento Pós-informado, de compromisso para utilização de dados em documentos e de Autorização do Uso de Imagens e Depoimentos. O projeto da pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o Parecer N° 2.682.268/2018.

Para uma melhor visualização dos principais resultados encontrados, optou-se por organizá-los seguindo as etapas da intervenção, formando-se três tópicos: 1) a sensibilização da equipe e a identificação dos idosos; 2)

estratificação de risco dos idosos; e 3) devolutiva e elaboração do plano de cuidados para os idosos.

A sensibilização da equipe e a identificação dos idosos

O primeiro momento da intervenção consistiu na sensibilização da equipe mínima sobre a pesquisa, por meio de uma apresentação em slide. Essa primeira etapa ocorreu no dia 17 de setembro de 2018, com a participação da gerente e da tutora do CSF, da enfermeira da equipe I, de 9 ACS e do assistente social da equipe multiprofissional de residentes.

Após a apresentação inicial da intervenção, no mesmo turno, deu-se início à segunda etapa, com uma oficina sobre o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável. Para explicar esse instrumento, optou-se por uma atividade com participação ativa dos profissionais, ocorrendo da seguinte forma: divisão dos participantes em dois grupos, com a entrega de um caso clínico para cada grupo, para que fosse realizada a leitura e a estratificação do idoso do caso analisado, mediante uso do instrumento VES-13.

Para finalizar a oficina, cada equipe apresentou o resultado da estratificação do idoso do seu caso clínico, sendo complementado com comentários pertinentes e ressaltada a importância da estratificação de risco do idoso para que haja o manejo clínico adequado, com base científica. Vale ressaltar que as duas equipes realizaram adequadamente a estratificação.

A identificação da vulnerabilidade do idoso auxilia no planejamento do cuidado, na prevenção de incapacidades e perda da independência e da autonomia, assim como pode contribuir para uma melhor qualidade de vida e na compreensão que essa população necessita de diferentes intervenções, adequadas à sua vulnerabilidade identificada (LIMA; CARVALHO; AQUINO, 2017).

Observou-se que algumas dúvidas foram surgindo à medida que os participantes iam preenchendo o instrumento de estratificação, que é justificável, uma vez que o instrumento até então era desconhecido pelos profissionais e não fazia parte da sua rotina de trabalho. O envolvimento na oficina e interesse na temática foram notáveis, em especial nos ACS, por

entenderem que futuramente caberá a eles a aplicação desse instrumento com os idosos de sua área.

Após a realização da primeira e segunda etapas, foram pactuados momentos individuais com as ACS das microáreas pesquisadas, para a identificação dos idosos adscritos em sua área, mediante análise dos prontuários e criação de uma lista no Excel[®], com dados de identificação dos idosos. Consolidada essa etapa, foi possível planejar um cronograma de visitas domiciliares para a aplicação do VES-13.

Estratificação de risco dos idosos

Para a estratificação de risco dos idosos foram realizadas visitas domiciliares de forma conjunta, enfermeira residente e as ACS, por considerar importante conhecer e formar vínculo com os idosos que estavam sendo estratificados, como também por ser um momento em que os ACS estavam, na prática, aplicando o instrumento, de modo a esclarecer dúvidas prontamente.

A visita domiciliar é uma estratégia que proporciona ao profissional um melhor entendimento do contexto individual e familiar em que o idoso está inserido, caracterizando-se também como um espaço de construção de vínculo. Esse, por sua vez, contribui na participação do usuário no seu plano de cuidados e impulsiona uma melhor qualidade da assistência prestada (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

Como aspectos que potencializaram essa etapa, podem ser citados: a disponibilidade dos ACS para a realização das visitas; a lista de idosos previamente construída, que facilitou o planejamento das visitas e o controle dos idosos estratificados; a disponibilidade dos idosos em responder as perguntas; e a linguagem de fácil entendimento do instrumento. Como atividades que interferiram, citam-se: a ausência de idosos no domicílio, sendo necessário haver mais de uma visita para aplicação do VES-13, atividades externas da residência no turno de coleta de dados e a quantidade de idosos identificados.

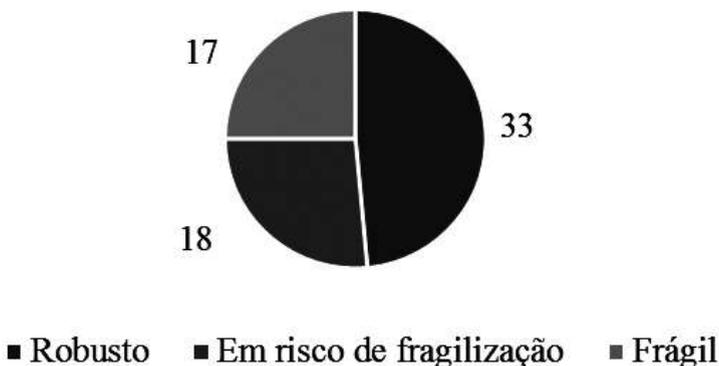
O Qualifica APSUS Ceará traz a estratificação em dois grupos – idosos vulneráveis e idosos não vulneráveis; no entanto, optou-se por adotar a classificação do Qualifica APSUS Paraná, em três estratos – robustos, em risco

de fragilização e frágeis, por entender que essa permite uma melhor visão do declínio funcional. O grupo não vulnerável corresponde ao robusto, e o grupo de idoso vulnerável é subdividido em risco de fragilização e frágil (CEARÁ, 2017), (PARANÁ, 2017).

Com a análise dos prontuários, foram identificados, respectivamente, 33 e 39 idosos, na microárea 02 e 03, totalizando 72 idosos. Todos os idosos da primeira microárea foram estratificados e quatro da segunda não foram encontrados em domicílio para aplicação do VES-13. Dessa forma, a amostra correspondeu a 68 idosos.

No Gráfico 1, pode ser visualizada a divisão dos idosos por estratos: 35 (51%) correspondem ao grupo vulnerável – 18 em risco de fragilização e 17 frágeis, e 33 (49%), aos robustos. Em um estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, obteve-se resultado semelhante, com 52% dos idosos estratificados como vulneráveis (BARBOSA *et al.*, 2017). Em outro estudo, realizado em Recife, Pernambuco, os resultados foram diferentes, com apenas 21% de idosos vulneráveis (LIMA; CARVALHO; AQUINO, 2017).

Gráfico 1 - Estratificação de risco dos idosos de acordo com o instrumento e estratificação VES-13. Sobral, Ceará, 2018.



Fonte: Própria.

Considerando a importância de traçar o perfil dos idosos entrevistados de acordo com cada estrato, e dessa forma ter conhecimento das necessidades

de cada grupo, a Tabela 1 traz os dados quanto à faixa etária, o sexo, a presença de condições crônicas e a autopercepção da saúde.

Tabela 1 - Perfil dos idosos entrevistados segundo a estratificação de risco. Sobral, Ceará, 2018.

Perfil do idosos	Robusto		Em risco de fragilização		Frágil		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)								
60 – 74	28	84,8	9	50,0	7	41,2	44	64,7
75 – 84	5	15,2	5	27,8	3	17,6	13	19,1
≥ 85	0	0	4	22,2	7	41,2	11	16,2
Sexo								
Feminino	15	45,4	14	77,8	10	58,8	39	57,4
Masculino	18	54,6	4	22,2	7	41,2	29	42,6
Condições crônicas								
HAS	14	42,4	10	55,5	12	70,6	36	53,0
HAS e DM	4	12,1	5	27,8	2	11,8	11	16,2
Não possui condição crônica	15	45,5	3	16,7	3	17,6	21	30,8
Autopercepção da saúde								
Excelente ou muito boa ou boa	21	63,6	8	44,5	7	41,2	36	53
Regular ou ruim	12	36,4	10	55,5	10	58,8	32	47

Fonte: Própria.

De acordo com o instrumento utilizado na coleta de dados, para a faixa de 60 a 74 anos não há pontuação, entre 75 e 84 anos pontua com 1 ponto e com 85 anos ou mais pontua com 3 pontos (SALIBA *et al.*, 2001 *apud* MAIA

et al., 2012). Verifica-se que entre os robustos, destaca-se a faixa de 60 a 74 anos. Naqueles em risco de fragilização, aparecem os idosos com 85 anos ou mais, correspondendo a 22,2% desse grupo. Entre os frágeis há igual número de idosos da primeira e da última faixa etária. Entre aqueles com 75 a 84 anos, encontram-se 8 classificados como vulneráveis – 5 em risco de fragilização e 3 frágeis. A faixa de 85 anos ou mais totalizou 11 idosos, dos quais 7 se encontram frágeis.

A idade é o principal fator de risco no desenvolvimento do declínio funcional e na ocorrência de óbito. Os idosos com 85 anos ou mais são considerados vulneráveis apenas pela idade, mesmo que não haja outros fatores associados (PARANÁ, 2014). As alterações biológicas e fisiológicas do envelhecimento e a exposição aos agravos aumentam a probabilidade de morbidade e mortalidade nessa faixa etária (BARBOSA *et al.*, 2017).

A partir da Tabela 1 é possível fazer a seguinte análise: do total de 33 idosos robustos, 18 (54,6%) são do sexo masculino; entre os 18 idosos em risco de fragilização, 14 (77,8%) são do sexo feminino; e entre os 17 frágeis, 10 (58,8%) são do sexo feminino. Fica evidente uma maior vulnerabilidade entre as mulheres que entre os homens, semelhante ao que foi encontrado por Barbosa *et al.* (2017), em seu estudo em João Pessoa, Paraíba.

A maior vulnerabilidade nas mulheres idosas pode estar relacionada às diferenças de gêneros às quais são submetidas ao longo dos anos, tais como as dificuldades educacionais, discriminação, diferentes formas de violência, trabalho doméstico. Há ainda o fato de as mulheres terem uma maior longevidade, que aumenta a probabilidade de mudanças corporais mais acentuadas e o desenvolvimento de condições crônicas (RUBIO *et al.*, 2013).

O VES-13 não aborda, em sua avaliação, os diagnósticos, porém foi considerado importante acrescentar o questionamento sobre a presença das condições crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) por compreender que são condições comuns entre os idosos, e umas das principais causas de morbidade e mortalidade nesse público (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

É possível avaliar que 36 idosos (53%) apresentam apenas hipertensão arterial. Detalhando por estrato, observa-se que são: 14 (42,4%) robustos, 10 (55,5%) em risco de fragilização e 12 (70,6%) frágeis. O diabetes mellitus não foi identificado isoladamente em nenhum dos estratos. Associados à hipertensão arterial: 4 (12,1%) robustos, 5 (27,8%) em risco de fragilização e 2 (11,8%) frágeis. No estudo de Barbosa *et al.* (2017), 55,4% dos idosos vulneráveis apresentaram hipertensão arterial e 57,8% diabetes mellitus.

Na análise do segundo item do VES-13, a autopercepção da saúde, caso o idoso considere sua saúde excelente, muito boa ou boa, não acrescenta pontos no somatório final e se considerar regular ou ruim soma um ponto (SALIBA *et al.*, 2001 *apud* MAIA *et al.*, 2012). Observa-se que há uma melhor autopercepção da saúde entre os robustos; 21 (63,6%) não pontuaram esse item. A saúde foi autoavaliada como regular ou ruim por 10 (55,5%) dos idosos em risco de fragilização e por 10 (58,8%) dos idosos frágeis,

A autopercepção da saúde consiste em um bom indicador do estado de saúde da população idosa. O idoso verifica, de forma subjetiva, a sua própria saúde. Esse indicador utilizado na elaboração de políticas de promoção de saúde nessa faixa etária. Além disso, a autopercepção negativa está associada à mortalidade e ao declínio funcional entre os idosos (CONFORTIN *et al.*, 2015).

Na Tabela 2 são analisadas as questões do terceiro item do VES- 13, a limitação motora na realização de atividades físicas. Pontua-se um ponto no somatório final para cada movimento que o idoso se considerar incapaz de fazer ou que apresentar muita dificuldade, com pontuação máxima de dois pontos. Não há pontuação se apresentar nenhuma, pouca ou média dificuldade (SALIBA *et al.*, 2001 *apud* MAIA *et al.*, 2012).

Foi possível avaliar a amplitude e flexibilidade dos movimentos, a força e a resistência muscular, a mobilidade dos membros superiores e inferiores, a capacidade de pinça e a capacidade aeróbica. A avaliação das limitações físicas torna-se importante, pois, a partir dela, é possível elaborar planos de cuidados focados nas necessidades apresentadas.

Tabela 2 - Limitação motora classificada em “muita dificuldade” ou “incapacidade”, dos idosos entrevistados segundo estratificação de risco. Sobral, Ceará, 2018.

Limitação física	Robusto		Em risco de fragilização		Frágil		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	0	0	4	22,2	9	53,0	13	19,1
Levantar peso de aproximadamente 5 quilos	6	18,2	6	33,3	14	82,3	26	38,2
Levantar os braços acima do nível dos ombros	0	0	0	0	6	35,3	6	8,8
Escrever ou manusear pequenos objetos	0	0	0	0	4	23,5	4	5,9
Andar aproximadamente 400 m	1	3	4	22,2	8	47,0	8	11,8
Fazer serviços domésticos pesados	5	15,2	11	61,1	15	88,2	31	45,5

Fonte: Própria.

A Tabela 2 mostra que na avaliação da capacidade de se curvar, agachar ou ajoelhar, nenhum idoso robusto relatou muita dificuldade ou incapacidade de realizar os movimentos. Já entre aqueles em risco de fragilização, 4 (22,2%) relataram dificuldade e nos frágeis, 9 (53%). Quanto à limitação de levantar peso de aproximadamente 5kg, 26 idosos (38,2%) relataram ter muita dificuldade ou ser incapaz, sendo: 6 (18,2%) robustos, 6

(33,3%) em risco de fragilização e 14 (82,3%) frágeis (82,3%).

Dados referentes a elevar os braços acima do nível do ombro mostram que apenas os idosos frágeis apresentaram limitação nessa atividade, com um total de 6 e representando 35,6% desse estrato. A dificuldade ou incapacidade de escrever ou manusear pequenos objetos, foi identificada em 4 idosos, sendo todos frágeis e representando 23% desse estrato. Dos idosos que não sabem escrever, optou-se por questionar atividades que envolvessem o manuseamento de pequenos objetos que fizessem parte da rotina deles.

Na avaliação da mobilidade dos membros inferiores, perguntou-se sobre a capacidade de andar aproximadamente 400 metros. Essa questão é importante, pois os idosos que apresentam muita dificuldade ou são incapazes de realizar essa atividade necessitarão de uma atenção domiciliar com maior frequência. Como observado na Tabela 2, relataram dificuldade ou incapacidade de andar essa distância 13 idosos, sendo: 1 (3%) robusto, 4 (22,2%) em risco de fragilização e 8 (47%) frágeis.

O último quesito analisado dentro da limitação física é capacidade de fazer serviços domésticos pesados. Esta foi a principal limitação identificada, em que 31 (45,5%) dos idosos relataram ter muita dificuldade ou ser incapazes de realizar serviços domésticos pesados, desses 5 (15,2%) são robustos, 11 (61,1%) em risco de fragilização e 15 (88,2%) frágeis.

Com o envelhecimento fisiológico, importantes modificações do sistema músculo-esquelético ficam evidentes, tais como a perda de massa muscular, redução da densidade óssea e da força muscular, rigidez articular, diminuição da amplitude de movimentos e alterações de marcha e equilíbrio, trazendo comprometimentos significativos para a mobilidade física (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

O último item do VES-13 avalia a presença de declínio funcional, principalmente nas atividades de vida diária básicas e instrumentais. A presença de dificuldade em pelo menos uma das atividades avaliadas já torna o idoso vulnerável, pois acrescenta 4 pontos no somatório final do instrumento. Considerando essa informação, subentende-se que nenhum idoso robusto

poderia apresentar dificuldades nesse item (SALIBA *et al.*, 2001 *apud* MAIA *et al.*, 2012).

Nessa intervenção, foram encontradas evidências do declínio funcional entre os idosos em risco de fragilização e os frágeis. No primeiro grupo, identificaram-se dificuldades na realização de compras de itens pessoais e em lidar com dinheiro. Já entre os frágeis verificaram-se dificuldades em todos os itens avaliados, como evidenciados pela Tabela 3.

Tabela 3 - Incapacidades na realização de atividade de vida diária, dos idosos entrevistados, segundo estratificação de risco. Sobral, Ceará, 2018.

Atividades de vida diária	Robusto		Em risco de fragilização		Frágil		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Fazer compras de itens pessoais	0	0	3	16,6	14	82,3	17	25,0
Lidar com dinheiro	0	0	3	16,6	6	35,3	9	13,2
Atravessar o quarto andando	0	0	0	0	4	23,5	4	5,8
Realizar atividades domésticas leves	0	0	0	0	6	35,3	6	8,8
Tomar banho de chuveiro	0	0	0	0	4	23,5	4	5,8

Fonte: Própria.

Quanto à capacidade de fazer compras de itens pessoais, 17 (25%) idosos relataram ter dificuldades, sendo 3 (16,6%) estratificados como em risco de fragilização e 14 (82,3%) frágeis. Ressalta-se que a dificuldade deveria estar relacionada com questões de saúde ou condição física. Alguns idosos relataram não fazer compras por ter um cuidador que executa essa atividade, dessa forma não contabilizou como dificuldade. Na capacidade lidar com dinheiro, 9 (13,2%) idosos relataram dificuldades, sendo: 3 (16,6%) em risco de fragilização e 6 (35,3%) frágeis.

Apenas os idosos frágeis relataram dificuldades para atravessar o quarto andando: 4 (23,5%); realizar atividades domésticas leves: 6 (35,3%); tomar banho de chuveiro: 4 (23,5%) deles. Consideraram-se questões de gênero, em que os homens não realizam atividades domésticas. Dessa forma, ao questionar os homens, perguntava-se, hipoteticamente, caso houvesse uma necessidade, se ele teria dificuldades de realizar as atividades domésticas leves.

O declínio funcional pode ser entendido como a perda da autonomia e/ou da independência, que restringe a participação social do indivíduo. A autonomia refere-se à capacidade individual de tomar decisão e a independência consiste na capacidade realizar algo com os próprios meios, ambas estão relacionadas aos domínios funcionais cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. A ocorrência de declínio funcional é o principal fator de risco para o desenvolvimento de outras incapacidades (PARANÁ, 2017).

Devolutiva e elaboração do plano de cuidados para os idosos

Considerada como uma das etapas estruturantes para o êxito dessa pesquisa, realizou-se a devolutiva da estratificação de risco do idoso junto aos profissionais que atuam no CSF cenário do estudo. Seguidamente, procedeu-se a elaboração de um plano de cuidados para cada estrato de idosos. Nessa etapa, devido a uma demanda da gestão para que fosse realizada a oficina de estratificação de risco da pessoa idosa do Qualifica APSUS, e por organização do serviço, houve uma participação de um maior número de profissionais do que na primeira etapa dessa intervenção. Esse momento aconteceu no dia 12 de dezembro de 2018.

Participaram a gerente e a tutora do CSF, o assistente social da equipe multiprofissional de residentes, 2 enfermeiras, 14 ACS, 2 agentes administrativos, 3 técnicos de enfermagem, 1 técnica em saúde bucal, 1 dentista, 1 atendente de farmácia e 2 internas de enfermagem. Não houve participação do profissional médico, porque um se encontrava de férias e a outra não atendia no referido CSF no turno no qual foi realizada a devolutiva.

O momento foi iniciado pela gerente, que falou sobre a importância

da saúde do idoso no contexto da ESF e abordou o instrumento VES-13, como parte da oficina complementar do Qualifica APSUS. Após, foi realizada uma exposição dialogada, apresentando novamente os objetivos, relevância, justificativa e metodologia utilizada nesta pesquisa, para que houvesse melhor entendimento, haja visto que alguns profissionais não participaram da primeira etapa da intervenção; e em seguida foi realizada uma breve discussão sobre os resultados obtidos na estratificação dos idosos entrevistados.

Posteriormente, foi proposta a divisão dos profissionais em três grupos, para elaborar um plano de cuidados para cada estrato, tendo como base os resultados alcançados na estratificação. Cada grupo ficou responsável pelo plano de cuidados de um estrato. Garantiu-se a presença de pelo menos um profissional do nível superior por grupo, sendo fornecidos materiais de apoio, tais como os resultados da estratificação, o instrumento utilizado na coleta de dados e um breve resumo sobre os estratos existentes e o objetivo do cuidado de cada um. Também foi fornecido apoio para sanar quaisquer dúvidas que surgissem a partir da discussão em grupo.

Os grupos se reuniram para refletir e propor ações possíveis de serem aplicadas na realidade do território, e a periodicidade mais adequada para cada uma. As ideias discutidas em grupo foram escritas em tarjetas e, posteriormente, compartilhadas com toda a equipe e afixadas em papel madeira. A medida que o plano da equipe era apresentado, eram feitos questionamentos para instigar a reflexão da equipe, e os demais grupos tinham a opção de acrescentar ou retirar algum ponto. Assim, em consenso, foram elaborados planos de cuidados para os três estratos dos idosos.

O primeiro grupo relatou dificuldade de elaborar intervenções para os idosos robustos, que são considerados autônomos e independentes e que não apresentam dificuldades em suas atividades diárias. Relataram ser mais fácil para o profissional trabalhar com o tratamento da doença do que com a sua prevenção. Pôde-se observar a perpetuação do cuidado focado na doença e não no indivíduo e família. Apesar dessa dificuldade, esse grupo optou por trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como forma de evitar que os idosos apresentem declínio funcional.

Durante a apresentação, questionou-se sobre as consultas de enfermagem e médicas, e o grupo relatou que esse público já é atendido por demandas espontâneas regularmente ou pelo acompanhamento das condições crônicas, e assim a equipe como um todo optou por não acrescentar as consultas individuais no plano de cuidados para esse estrato. O grupo ressaltou que a roda de quarteirão foi incluída por ser uma estratégia de aproximação dos idosos que não costumam frequentar o CSF, seja por não possuir condições crônicas, seja pela distância do Centro.

O segundo grupo trouxe um plano de cuidados para os idosos em risco de fragilização, focando na prevenção do declínio funcional e na corresponsabilidade da família. Esse grupo ressaltou a importância de envolver a família na elaboração dos cuidados do idoso, sugerindo que, após a estratificação, seja realizada uma reunião entre os profissionais de saúde e os cuidadores dos idosos, objetivando orientá-los sobre os principais cuidados e responsabilidades e identificar demandas individuais que precisam ser trabalhadas.

A PNSPI traz como uma de suas diretrizes a priorização do cuidado dos idosos por meio de suas próprias famílias e a participação das famílias na prestação e desenvolvimento de serviços básicos (BRASIL, 2006). Wegner e Bnitize (2013) relatam que as relações familiares de afetividade e união estão diretamente relacionadas aos cuidados oferecidos aos idosos.

Assim como o primeiro grupo, esse optou por não inserir as consultas individuais no plano de cuidados, justificando por já haver as visitas domiciliares dos profissionais da equipe multiprofissional com a inserção de médico e enfermeiro na equipe mínima.

O último grupo, que trouxe o plano de cuidados para os idosos frágeis, relatou não ter tido dificuldades de elaborar as ações, seguindo a mesma lógica do primeiro grupo, que é mais fácil pensar em cuidados quando já há um quadro clínico instalado. Priorizou as intervenções em domicílio, por considerar a dificuldade desses idosos de se locomover até a unidade de saúde.

Assim como em grupos anteriores, não se pensou na inserção do

cuidado médico dentro do plano. Após questionamentos acerca disso e uma discussão coletiva, inseriu-se a visita do médico juntamente com a equipe multiprofissional. Também se questionou a periodicidade da visita do ACS, no entanto, argumentaram que a frequência poderia ser alterada de acordo com a necessidade do idoso.

O momento de compartilhamento gerou discussões importantes para equipe, em especial sobre a organização das demandas, do planejamento das ações de cuidado continuado e a dificuldade da visita domiciliar do médico. A partir dessa discussão, pactuou-se com a gerente a reorganização da agenda dos médicos para realizem visitas domiciliares regularmente e não apenas quando há uma condição agudizada.

Um das causas da dificuldade de organizar a agenda dos profissionais para atender as condições crônicas é ausência das estratificações de risco desses grupos prioritários, o que causa a suboferta de cuidado aos usuários de maior risco e sobreoferta aos indivíduos com riscos menores, por consequência uma oferta ineficiente de cuidados (CEARÁ, 2017).

Houve questionamento sobre as ações inseridas, com justificativa para cada uma por parte do grupo que elaborou o plano. Mesmo entendendo a importância de algumas ações, não foi incluído um número maior por considerar que o plano de cuidados precisa ser exequível.

Para uma melhor visualização, os planos de cuidado foram organizados por estratos e, considerando-se as ações propostas, contém o perfil do idoso, o objetivo e a periodicidade de cada ação, como demonstra o Quadro 1.

Quadro 1. Plano de cuidados para os idosos, segundo a estratificação de risco. Sobral, Ceará, 2018.

Ações	Perfil	Objetivo	Periodicidade
Grupo de caminhada	Robusto	Melhoria da qualidade de vida	Semanal
Visita domiciliar do ACS	Robusto Em risco de fragilização Frágil	Identificar situações de risco	Mensal ou em menor frequência, se necessário
Grupo de Idosos	Robusto	Promover espaço de convivência	Mensal
Roda de quarteirão	Robusto	Promover espaço de promoção de saúde	Mensal
Visita domiciliar da equipe multiprofissional + médico	Robusto Em risco de fragilização Frágil	Identificar e acompanhar condições clínicas instaladas	Semestral
Reunião com a família	Em risco de fragilização Frágil	Pactuar o plano de cuidado para o idoso	De acordo com a necessidade, após a estratificação
Visita do técnico de enfermagem	Frágil	Verificar pressão arterial e glicemia capilar	Mensal

Fonte: Própria.

Foi observado um trabalho em equipe, com respeito às opiniões e com cooperação de todos na elaboração dos planos de cuidado, com profissionais contribuindo com suas experiências. Observou-se o protagonismo dos ACS,

que, além dos dados fornecidos, trouxeram sua experiência e conhecimento da realidade do território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível visualizar a importância da saúde do idoso no âmbito da ESF, por ser o nível de atenção mais próximo da realidade dessa população, que permite reconhecer as singularidades envolvendo o processo saúde-doença desse usuário. Assim, essa intervenção permitiu, além da estratificação do público-alvo, compreender o contexto social envolvido no dia a dia desses idosos.

O planejamento, a organização e o engajamento da equipe contribuíram para que os objetivos dessa pesquisa fossem alcançados, como também possibilitaram a coleta de dados no tempo estipulado. Assim, acredita-se que seja necessário que os profissionais entendam a importância da estratificação de risco e planejem sua execução, para que os grupos prioritários dentro da ESF possam de fato ser estratificados.

A estratificação de risco evidenciou que 50% dos idosos se apresentam vulneráveis, em risco de fragilização ou frágeis, ocorrendo principalmente entre aqueles com 75 anos ou mais. Foi encontrada maior vulnerabilidade entre as mulheres e uma maior porcentagem de condições crônicas entre os idosos em risco de fragilização e frágeis. Os idosos robustos avaliaram melhor sua saúde, que os demais estratos. A limitação física e o declínio funcional foram identificados, principalmente, entre os frágeis.

Outro ponto importante dessa intervenção foi a participação da equipe nos momentos coletivos, tanto na apresentação inicial da pesquisa quanto na devolutiva com os resultados da estratificação e elaboração dos planos de cuidado. Os profissionais trouxeram sua experiência e contribuíram para que os planos de cuidado fossem possíveis de colocar em prática na realidade do CSF e do território.

OVES-13, por ter uma linguagem simples e avaliar questões cotidianas,

mostrou-se de fácil aplicação pelos profissionais e de entendimento pelos os usuários. Ressalta-se que realizar a estratificação e fornecer os resultados para equipe foi importante, no entanto, essa classificação é dinâmica, e a equipe necessita compreender que é necessário realizar a reavaliação periódica dos idosos.

As dificuldades encontradas nesse estudo centram-se principalmente na etapa de coleta dos dados, devido à quantidade de idosos identificados. No entanto, com organização e planejamento, essa dificuldade pôde ser amenizada. A principal limitação dessa intervenção foi a falta de tempo para a execução dos planos de cuidados propostos pela equipe. Dessa forma, há necessidade de novos estudos para avaliar os planos de cuidados e reavaliar os idosos após a aplicação dos cuidados propostos.

Compreende-se que a identificação da vulnerabilidade dos idosos contribui no planejamento dos cuidados ofertados, para que não haja uma oferta de cuidados desnecessários ou deficiência de cuidados para os idosos de maiores riscos. Sugere-se que a estratificação dos idosos seja realizada de forma rotineira dentro da ESF.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K.T.F. *et al.* Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v.26, n. 2, p.1-10, 2017.

BARRETO, M.S; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n.1, p.325-339, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3 ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: **Resolução Nº 466/2012** das Pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 02 out 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Projeto Qualifica APSUS Ceará: Qualificando a Atenção Primária no Estado**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/>. Acesso em: 01 out 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Projeto Qualifica APSUS Ceará: Qualificando a Atenção Primária no Estado. Oficina 5: Ações de prevenção e gerenciamento dos microprocessos riscos da Atenção Primária. 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/>. Acesso em: 03 jan 2019.

CONFORTIN, S.C, *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5. p. 1049-1060, 2015.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v.1, ed.20, p.106-132, 2012.

IBGE. Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

IBGE. Projeções da população Brasileira e das Unidades da Federação. 2017. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em: 10 out 2017.

LIMA, C.A.B.; CARVALHO, J. L.; AQUINO, R.C.A. Avaliação de vulnerabilidade do idoso através da adaptação transcultural do instrumento de identificação do idoso vulnerável VES-13. **Revista eletrônica Estácio Recife**, Recife, v. 3, n.1, p. 39-45, 2017.

MAIA, F.O.M *et al.* Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46 (especial), p.116-22, 2012.

MEDRONHO, R.A.; BLOCK, K.A.; LUIZ, RR.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**.

2 ed. Atheneu. 2008.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, 2997-3305, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3 ed. Washington, 2003.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. Oficina 9: Saúde do Idoso na Atenção Primária. Avaliação multidimensional do idoso. 2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf. Acesso em: 04 jan 2019.

PEREIRA, R.A.; ALVES-SOUZA, R.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015.

RUBIO, E. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. **Gerokomos** [online], Zaragoza – Espanha, v.24, n.2, p. 69-73, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200004>. Acesso em: 02 jan 2019.

SALIBA, D; *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J Am Geriatr Soc**, v. 49, n. 12, p. 1691-9, 2001 apud MAIA, F.O.M *et al.* Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46 (especial), p.116-22, 2012.

SANTOS, S.C.; TONHOM, S.F.R.; KOMATSU, R.S. Integralidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família – ESF. **Atas do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa: Investigação Qualitativa na Saúde**, Porto – Portugal, v.2, p. 1292-1301, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/886/870>. Acesso em: 02 jan 2019.

VERGARA, S.C. **Métodos de coleta de dados no campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

WEGNER, E.; BENITEZ, L.B. O idoso no contexto familiar: a função de cui-

dato. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 92-101, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing well must be a global priority. November, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>>. Acessado em: 10/10/2017

ZAVATINI, M.A; OBRELI-NETO, P.R; CUMAN, R.K. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n.4, p. 647-54, 2010

ÍNDICE REMISSIVO

- A abordagem democrática-racional, 64
- A adolescência fica concebida como uma fase difícil, 136
- A adolescência não é vista aqui como uma fase natural, 125
- A educação interprofissional, 53, 55 e 56
- A educação permanente em saúde, 17 e 87
- A elaboração de conhecimentos é um processo inacabado, 94
- A empatia, 93
- A escola não se envolve, 186
- A formação em saúde é complexa, 69
- A gestão do cuidado em saúde consiste, 110
- A participação é uma atividade intrínseca a vida, 63
- A Residência Médica surgiu, 21
- A solidariedade, 91
- A violência autoprovocada ou autoinfligida, 169
- A visita domiciliar é uma estratégia, 271
- abordagem revolucionária, 64
- ansiedade e irritabilidade, 250
- arranjos pedagógicos mais democráticos e horizontais, 70
- As abordagens teóricas clássicas da participação, 63
- As psicopatologias, 172
- associação entre tabagismo e sintomas de depressão, 249
- colaboração interprofissional, 45, 52 e 108
- Competência, 101
- Declaração de Alma-Ata, 74
- educação dos trabalhadores da saúde se faz a partir da problematização, 232
- formação no SUS e para o SUS, 20
- Fórum de Saúde Comunitária, 76
- Instituto Teias da Juventude, 127
- Na dimensão familiar, 112
- Na dimensão individual, 111
- Na dimensão organizacional, 113
- Na dimensão societária, 114
- Na formação em saúde da família, 71
- o Arco de Maguerez, 224
- O bullying existe e é um problema sério, 139
- O CAPS Damião Ximenes, 151
- O envelhecimento, 265
- O Hospital Guararapes, 152
- O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, 85
- O Qualifica APSUS Ceará, 271
- o suicídio é, 169
- O trabalho em equipe multidisciplinar, 98
- o tratamento das pessoas tabagistas, 240
- O VES-13 não aborda, 274
- Os tabus relacionados ao suicídio, 176
- Para atuar no SUS, o profissional precisa ter, 90
- Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, 25
- Prática interprofissional, 52

Psicologia Clínico-Comunitária, 203

Relatório Dawson, 23

Relatório Flexner, em 1910, 21 e 22

residências em saúde, 47 e 54

situações de bullying e preconceito racial, 134

Teatro Ativo aconteceu, 207

Teoria da Determinação Social, 98

uso de tecnologia leves pelos profissionais, 95

Como as Residências Multiprofissionais transformam o sistema de saúde?

Este livro revela o potencial das Residências Multiprofissionais em Saúde no município de Sobral, Ceará, Brasil, situado no semiárido brasileiro. As experiências apresentadas versam o diálogo entre teoria e prática, a partir de estudos de intervenção, que salientam ações para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Organizado por profissionais da gestão do ensino na saúde, o livro foi escrito em um roteiro de leitura que permite a qualquer leitor uma compreensão clara, objetiva e atraente. São 12 capítulos, distribuídos em duas partes, a primeira sobre as “Interfaces das residências multiprofissionais em saúde” e “Intervenções nos espaços de prática”.

ISBN 978-658711501-6



9 786587 115016