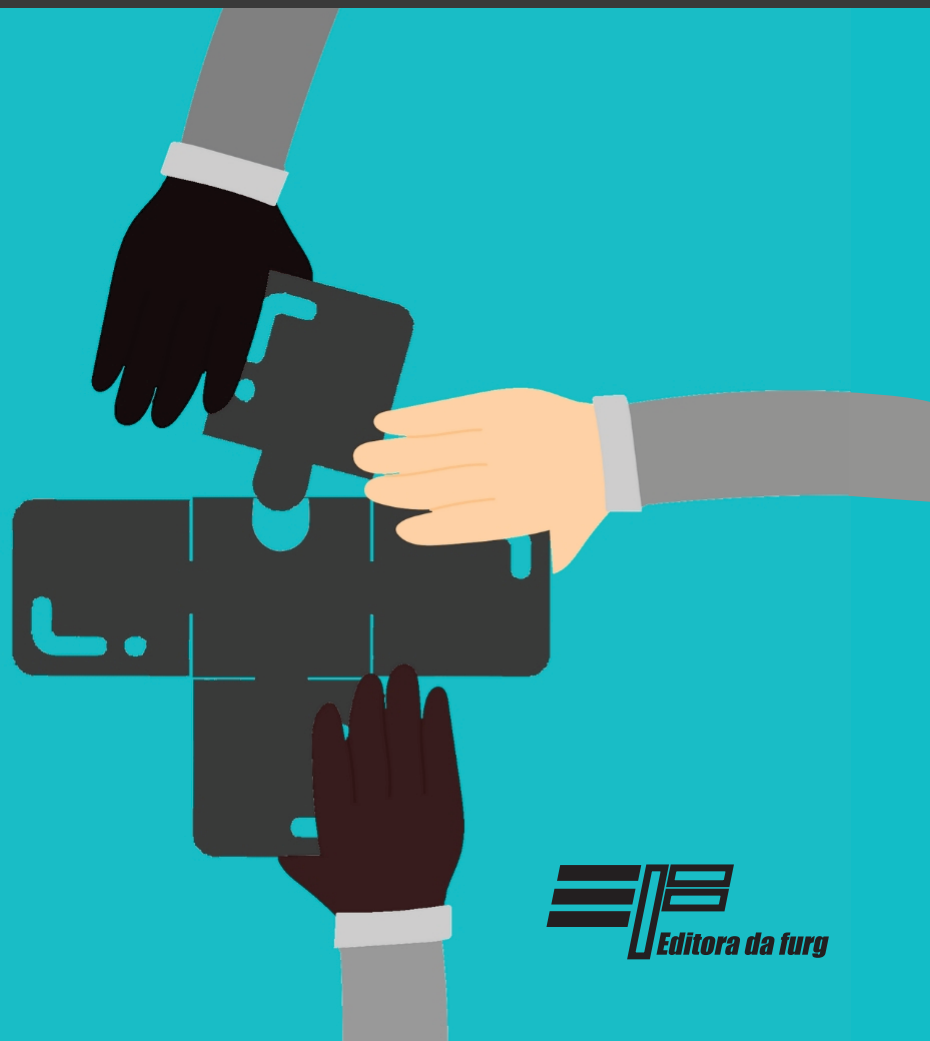


Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde

VOLUME DOIS

Alan Goularte Knuth
Daniele Ferreira Acosta
Daniela Barsotti Santos
Leandro Quadro Corrêa
Ceres Braga Arejano
organizadores

SUS



Trajetórias de composição do Sistema Único
de Saúde pelas Residências
Multiprofissionais em Saúde
Volume dois

ALAN GOULARTE KNUTH
DANIELE FERREIRA ACOSTA
DANIELA BARSOTTI SANTOS
LEANDRO QUADRO CORRÊA
CERES BRAGA AREJANO
(Organizadores)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE-FURG

Reitor

DANILO GIROLDO

Vice-Reitor

RENATO DURO DIAS

Chefe de Gabinete do Reitor

JACIRA CRISTIANE PRADO DA SILVA

Pró-Reitor de Extensão e Cultura

DANIEL PORCIUNCULA PRADO

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

DIEGO D'ÁVILA DA ROSA

Pró-Reitor de Infraestrutura

RAFAEL GONZALES ROCHA

Pró-Reitora de Graduação

SIBELE DA ROCHA MARTINS

Pró-Reitora de Assuntos Estudantis

DAIANE TEIXEIRA GAUTÉRIO

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

LUCIA DE FÁTIMA SOCOOWSKI DE ANELLO

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

EDUARDO RESENDE SECCHI

Pró-Reitora de Inovação e Tecnologia da Informação

DANÚBIA BUENO ESPÍNDOLA

EDITORA DA FURG

Coordenadora

CLEUSA MARIA LUCAS DE OLIVEIRA

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

DANIEL PORCIUNCULA PRADO

Titulares

ANDERSON ORESTES CAVALCANTE LOBATO

ANGELICA CONCEIÇÃO DIAS MIRANDA

CARLA AMORIM NEVES GONÇALVES

CLEUSA MARIA LUCAS DE OLIVEIRA

EDUARDO RESENDE SECCHI

ELIANA BADIALE FURLONG

LEANDRO BUGONI

LUIZ EDUARDO MAIA NERY

MARCIA CARVALHO RODRIGUES

Editora da FURG

Câmpus Carreiros

CEP 96203 900 – Rio Grande – RS – Brasil

editora@furg.br

Integrante do PIDL

Editora Associada à



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

EDUNI-SUL
ASSOCIAÇÃO DAS EDITORAS
UNIVERSITÁRIAS DA REGIÃO SUL

Alan Goularte Knuth
Daniele Ferreira Acosta
Daniela Barsotti Santos
Leandro Quadro Corrêa
Ceres Braga Arejano
(Organizadores)

Trajetórias de composição do Sistema Único
de Saúde pelas Residências
Multiprofissionais em Saúde
Volume dois



RIO GRANDE, RS

2021

© Alan Goularte Knuth; Daniele Ferreira Acosta; Daniela Barsotti Santos; Leandro Quadro Corrêa; Ceres Braga Arejano

2021

Capa: Bianca Araujo Marandini Nunes

Diagramação e arte da capa: Anael Macedo

Formatação e diagramação:

João Balansin

Gilmar Torchelsen

Cinthia Pereira

Revisão Ortográfica e Linguística:

Liliana Mendes

Ficha catalográfica

T768 Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde [Recurso Eletrônico] / Organizadores Alan Goularte Knuth... [et al.]. – Rio Grande, RS : Ed. da FURG, 2021.
250 p. : il. – (v. 02)

Outros organizadores: Daniele Ferreira Acosta, Daniela Barsotti Santos, Leandro Quadro Corrêa, Ceres Braga Arejano.

Modo de acesso: <http://repositório.furg.br>

ISBN 978-65-5754-094-7 (eletrônico)

1. Residência Médica 2. Saúde da Família 3. Saúde Coletiva
4. Reabilitação Física 5. Educação Física 6. SUS I. Knuth, Alan Goularte II. Acosta, Daniele Ferreira III. Santos, Daniela Barsotti IV. Corrêa, Leandro Quadro V. Arejano, Ceres Braga VI. Título.

CDU 614.39

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos – CRB10/2344

Organizadores:

Alan Goularte Knuth; Daniele Ferreira Acosta; Daniela Barsotti Santos; Leandro Quadro Corrêa e Ceres Braga Arejano

Proposição: Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos – GESCEM - FURG

Equipe de colaboração e revisão interna:

Estephani de Almeida Vargas; Jackson Pereira Cardoso; Geruza Tavares D'Avila; Leandro Quadro Corrêa; Ceres Braga Arejano; Daniela Barsotti Santos; Daniele Ferreira Acosta; Alan Goularte Knuth; Rita de Cássia Maciazeki Gomes

SOBRE OS AUTORES

ALAN GOULARTE KNUTH

Doutor em Epidemiologia (UFPeI). Docente do curso de Educação Física, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI). Integra o Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM/FURG). Membro do Grupo de Trabalho Temático (GTT) Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE).

AMANDA GAYER MINHO

Enfermeira atuante na assistência hospitalar, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Pós-graduação em Urgência e Emergência. Experiência na área de Saúde Pública, monitora EPEM da Disciplina de Enfermagem Rede de Atenção Básica à Saúde, bolsista do Projeto PRO- PET Saúde, desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na Unidade Básica de Saúde da Família Castelo Branco.

ANDRÉ DE OLIVEIRA TEIXEIRA

Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande (PPGCS). Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG). Profissional de Educação Física da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, (EBSERH-HU-FURG). Gestor da Unidade Gerenciamento das atividades da Pós-Graduação HU FURG/EBSERH

BÁRBARA COELHO NUNES

Professora de Educação Física (FURG). Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/FURG). Mestranda em Educação Física (UFPeI).

BÁRBARA TAROUÇO DA SILVA

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente do curso de graduação em Enfermagem e do PPGENF da FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG).

BIANCA ARAUJO MARANDINI NUNES

Enfermeira (FURG). Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/FURG). Bolsista e Coordenadora da Equipe de Prevenção à COVID-19 do Projeto Educação Ambiental nas Obras (PEA Obras/FURG), uma parceria da Prefeitura Municipal de Rio Grande com a FURG.

CAROLINA COUTINHO COSTA VALLEJOS

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (FURG). Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem (FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS).

CERES BRAGA AREJANO

Doutora em Enfermagem (UFSC), Docente do curso de Psicologia da FURG e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Especialista em Psicologia Clínica da Adolescência e Maturidade e Saúde Mental Coletiva. Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM) da FURG e da Rede de Pesquisa sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD.

CESAR FRANCISCO SILVA DA COSTA

Enfermeiro Especialista em Administração dos Serviços de Saúde pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP (1990). Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2004). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (2006). Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF. da Universidade Federal do Rio Grande - FURG (CAPES 5). Atualmente, é Professor Adjunto na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Preside o Comitê de Extensão da Escola de Enfermagem. Exerceu a Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (COREMU/FURG), entre agosto de 2010 e setembro de 2012.

CRISTIANE BARROS MARCOS

Professora Adjunta do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande (ICB/FURG), Rio Grande/RS/Brasil. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

DAIANE GRILLO MARTINS

Mestre em Educação Física (UFPEl), Especialista em Saúde da Família (FURG). Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do município de São Leopoldo/RS.

DANIELA BARSOTTI SANTOS

Psicóloga, docente da Graduação e Mestrado em Psicologia e das Residências Multiprofissionais em Saúde, Instituto de Ciências Humanas e da Informação da Universidade Federal do Rio Grande (ICHI-FURG). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis), mestrado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), com estágio de doutorado-sanduíche no Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), França. Realizou pós-doutorado, em Saúde Coletiva, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Coordenadora do Laboratório VIVAZ- Interfaces em Psicologia e Saúde da FURG e integrante do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS) da FFCLRP-USP.

DANIELE CONCLI LOUREIRO

Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica pelo Celg/Cepoa Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Psicóloga Especialista em Cardiologia, com formação pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Atualmente, é psicóloga (técnica administrativa em educação), tendo atuado como preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS-HU-FURG) e na PRAE/UFPEL.

DANIELE FERREIRA ACOSTA

Doutora em Enfermagem (FURG). Docente do curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem, e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FURG). Integra o Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM/FURG). Líder do GEPEGS.

EGEU GOMEZ ESTEVES

É psicólogo e doutor em Psicologia Social (USP). Realizou Pós-doutorado em Administração Pública (FGV). Entre 2010 e 2018, foi professor do curso de Psicologia e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FURG. Atualmente, é professor do curso de Geografia e da Especialização em Cidades, Planejamento Urbano e Participação Popular do Instituto das Cidades da Unifesp. É sócio fundador da Associação Brasileira de Pesquisadores de Economia Solidária - ABPES e membro da Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO.

GERUZA TAVARES D'AVILA

Doutora em Psicologia (UFSC). Docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos do Trabalho e Constituição do Sujeito (NETCOS/UFSC/FURG) e membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM/FURG). Desde 2018, participa do Grupo de Trabalho "Trabalho e Processos Organizacionais na Contemporaneidade" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

LEANDRO QUADRO CORRÊA

Doutor em Educação Física (UFPEL). Docente do curso de Educação Física e da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

LETÍCIA COSTA ALVES

Psicóloga e Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (RMSF/FURG), Rio Grande/RS/Brasil.

LUIS FERNANDO GUERREIRO

Doutorado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Rio Grande (ICB-FURG). Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG). Profissional de Educação Física da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, (EBSERH-HU-FURG). Gestor do setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica HU FURG/EBSER.

LUIS ULISSES SIGNORI

Doutorado em Ciências da Saúde pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC-RS). Professor Associado II da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

MAICON BORGES MORAES

Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Rio Grande (ICB-FURG). Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG). Professor de Educação Física da Prefeitura Municipal de Pelotas-RS.

MARIANA GAUTERIO TAVARES

Mestrado em Temas em Psicologia (FPCE-UP). Especialização em Psicoterapia Cognitiva (Wainer & Piccoloto); Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG). Psicóloga do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG/EBSERH).

MIRELLA PINTO VALERIO

Professora aposentada. Doutora em Saúde Coletiva (UNIFESP), Pós-doc em Atividade Física e Envelhecimento pela Universidade de Porto, Portugal. Atuou como docente do curso de Educação Física e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

PETERSON FURTADO FIGUEIRA

Especialista pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

PRISCILA AIKAWA

Doutora em Ciências (Fisiopatologia Experimental/USP). Docente do Instituto de Ciências Biológicas, da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

RAYSHA THEREZA NERY

Psicóloga (UFPel). Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/FURG). Mestranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

REJANE COSTA GRUMANN MICHEL

Médica Especialista em Cardiologia Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG/EBSERH). Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG).

RENATA TAROUCO MANKE

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Unidade de Terapia Intensiva. Mestranda em Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Coordenadora da Estratégia Saúde em Família do município do Rio Grande.

RITA DE CÁSSIA MACIAZEKI GOMES

Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação da UFRGS (PNPD-CAPEs). Doutora em Psicologia (CNPq) pela Universidade do Porto (Portugal), em cotutela com Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do curso de Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Núcleo Sul-Sul da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). Integrante do Grupo de Estudos, em Saúde Coletiva, dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM).

SUELEN DA CUNHA DIAS

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Apoiadora técnica da Estratégia Saúde em Família do município do Rio Grande.

THAVANE DE LLANO LEAL

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande. Pós-graduação em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

VANESSA CÁCERES PASCHOAL

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Especialista em Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS-HU-FURG).

VERA TORRES DAS NEVES

Doutora em Psicologia Experimental (UnB). Docente Colaboradora do curso de Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Residência Multiprofissional Hospitalar em Saúde Cardiometabólica do Adulto e do Curso de Especialização em Dependência Química (Cenpre) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

WAGNER PINTO DE PINTO

Médico Especialista em Cardiologia Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG/ EBSErH). Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (FURG).

SUMÁRIO

A memória coletiva da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo prisma da gestão compartilhada..... Daniela Barsotti Santos, Alan Goularte Knuth, Daniele Ferreira Acosta, Ceres Braga Arejano	14
De onde partimos e para onde estamos indo na (re)construção da história da RIMHAS..... Leandro Quadro Corrêa, Priscila Aikawa	31
As realidades gerenciais aliadas às práticas assistenciais da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com a Residência Multiprofissional..... Renata Tarouco Manke, Suelen da Cunha Dias	43
O Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM) na articulação entre a graduação e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS)..... Geruza Tavares D'Avila, Ceres Braga Arejano, Alan Goularte Knuth, Daniele Ferreira Acosta, Rita de Cássia Maciazeki Gomes	50
Olhares sobre o território: relato de um diagnóstico comunitário participativo..... Raysha Thereza Nery, Bárbara Coelho Nunes, Bianca Araujo Marandini Nunes, Thavane De Llano Leal, Egeu Gomez Esteves	72
Caracterização clínica e psicológica de pacientes com doença arterial coronariana Vanessa Cáceres Paschoal, Maicon Borges Moraes, Daniele Concli Loureiro Teixeira, Mariana Gauterio Tavares, Vera Torres Das Neves	91
Efeitos de um programa de reabilitação física em pacientes com distúrbios cardiometabólicos..... Maicon Borges Moraes, Rejane Costa Grumann Michel, Wagner Pinto de Pinto, Vanessa Cáceres Paschoal, Mariana Gauterio Tavares, Luis Ulisses Signori, André de Oliveira Teixeira, Luis Fernando Guerreiro	110
Treinamento aeróbio associado ao treinamento funcional em mulheres com diabetes mellitus tipo 2: relato de caso..... Peterson Furtado Figueira, Priscila Aikawa, Leandro Quadro Corrêa	125
Planejamento familiar para adolescentes: a percepção do Agente Comunitário de Saúde..... Carolina Coutinho Costa Vallejos, Daniele Ferreira Acosta	139
A educação física no Sistema Único de Saúde: o saber-fazer a partir do olhar de usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família..... Daiane Grillo Martins, Alan Goularte Knuth	158

Potencialidades e fragilidades da estratégia saúde da família no âmbito da gestão e da participação social.....	171
Thavane de Llano Leal, Cesar Francisco Silva da Costa, Bárbara Tarouco da Silva	
Implantação da consulta multiprofissional ao idoso na Estratégia de Saúde da Família.....	189
Amanda Gayer Minho, Cesar Francisco Silva da Costa	
O esvaziamento do grupo de gestantes em uma UBSF na cidade do Rio Grande/RS: aspectos associados e possibilidades da educação física.....	204
Bárbara Coelho Nunes, Mirella Pinto Valerio	
Percepções da equipe de saúde da família sobre o acolhimento em saúde mental, em uma UBSF, no município de Rio Grande/RS.....	223
Letícia Costa Alves, Ceres Braga Arejano, Cristiane Barros Marcos	
Sobre residências, livros, SUS, pandemia e a potência do coletivo.....	245
Alan Goularte Knuth, Daniele Ferreira Acosta, Daniela Barsotti Santos, Leandro Quadro Corrêa, Ceres Braga Arejano	

Apresentação

Quando publicamos *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde*, em 2016, acendemos uma chama no sentido de dar visibilidade às Residências Multiprofissionais em Saúde da FURG em torno da produção do conhecimento. O primeiro livro das residências levou tempo para nascer e foi o resultado possível para as circunstâncias de momento.

O livro físico ganhou *e-book*, foi incluído na bibliografia dos editais de seleção para os programas da FURG, lançado na feira do livro e em eventos da área, disponibilizado na biblioteca da universidade, compartilhado na internet, e delineou a nossa existência, afinal, chegava o momento de encontrar a experiência da FURG registrada, pois não bastava mais apenas ler e refletir sobre o que outros programas de residência estavam escrevendo Brasil afora. Já são dez anos de trajetória. Seguiremos escutando, lendo, analisando o entorno e os pares, mas também queremos nos colocar e ser ouvidos (e lidos).

Após o livro inaugural, entre os atores das residências, começou um burburinho no sentido de preparar um volume dois, a partir de conteúdo inédito, com ainda mais cuidado, amplitude e amadurecimento. Assim, muitas conversas foram determinando qual seria a roupagem do novo livro. Pensamos no formato, estratégia de divulgação e uma coluna teórica que o sustentasse.

Assim, temos um livro que tematiza as Residências Multiprofissionais em Saúde da FURG, a partir de uma análise da conjuntura que cerca os programas, a instituição, o sistema de saúde, território e a cidade e, na sequência, as contribuições de residentes a partir de seus Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) ao redor do quadrilátero da formação em saúde: atenção, gestão, educação e participação social. Todos os textos são inéditos e foram, especialmente, revisitados para compor o livro.

Esperamos ter demonstrado que tal produção só é viabilizada pela possibilidade do coletivo. Cada preceptor, agente comunitário de saúde, residente, professor e professora, gestor, apoiador oferece sua contribuição, cotidianamente, para as residências. Sob a perspectiva da saúde coletiva, a residência coloca Psicologia, Enfermagem e Educação Física para conversar em defesa do Sistema Único de Saúde.

Chegamos ao volume dois!

ALAN GOULARTE KNUTH
DANIELE FERREIRA ACOSTA
DANIELA BARSOTTI SANTOS
LEANDRO QUADRO CORRÊA
CERES BRAGA AREJANO

A MEMÓRIA COLETIVA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELO PRISMA DA GESTÃO COMPARTILHADA

Daniela Barsotti Santos

Alan Goularte Knuth

Daniele Ferreira Acosta

Ceres Arejano Braga

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde são modalidades de pós-graduação *latu sensu*, que oferecem formação profissional em serviço. Esses programas são fruto dos movimentos populares e sanitaristas que originaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Observam-se iniciativas de residências multiprofissionais em saúde desde a década de 1970, contudo sua consolidação se deu apenas em 2005, pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de julho. A coletividade se fez presente, nesta elaboração, desde seu início, o que possibilitou a construção política das residências multiprofissionais em saúde e a sua ampliação pelo território nacional. Como obra inacabada, segue em busca do aprimoramento da formação do trabalhador da saúde, sendo que “não faltaram neste período, dos anos 1970 até hoje, fissuras, abalos, lutas, afetos e intensidade” (ABIB; KUHN, 2016, p 34).

As Residências Multiprofissionais em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (RMS- FURG), são compostas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e pela Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS). As áreas da Educação Física, da Enfermagem e da Psicologia constituem os núcleos profissionais dos programas. Com as RMS-FURG. se tem a intenção de um trabalho contínuo desenvolvido pela interação de diversos saberes-fazeres na proposição de um olhar ampliado para o processo saúde-doença-cuidado. A RMSF completa dez anos em agosto de 2020, seguindo com o objetivo de qualificar profissionais de saúde residentes a partir da sua inserção na Atenção Primária (AP) e em diferentes serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Aliadas aos seus objetivos, visam à construção de articulações que permitam a educação permanente em serviço, ao propor práticas que promovam integração entre o ensino, a pesquisa, a extensão, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS (COREMU, 2014).

Dos princípios da Universalidade, da Equidade e da Integralidade, compreende-se que este último considera as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os

indivíduos e as coletividades. A Integralidade é almejada a partir da prestação continuada de um rol de ações e serviços com vistas a garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2009). A multidisciplinaridade está implicada neste princípio, consistindo em um desafio aos profissionais de saúde, sobretudo, residentes que, em muitos casos, se veem, pela primeira vez, no exercício profissional em equipe. Esta proposta de formação em saúde necessita considerar o envolvimento com as dimensões da produção de subjetividade, a produção de habilidades técnicas e de pensamento e conhecimento sobre o SUS, bem como aliar ensino, gestão, atenção e controle social pela educação permanente em saúde naquilo que foi reconhecido como o quadrilátero da saúde, figura que influenciou o funcionamento da RMSF (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nessa perspectiva, a RMSF se propõe a implementar a formação dos trabalhadores da área da saúde para o SUS. A partir da transformação das formas tradicionais de conceber o currículo em saúde, são vislumbrados os desafios da produção de cuidados, da gestão do sistema de saúde e do trabalho conjunto com a população no controle social (AREJANO; MARTINS, 2016).

Portanto, a formação de novos trabalhadores para o SUS está intimamente relacionada à mudança do modelo de saúde tradicional para um modelo de saúde que objetive a inclusão dos usuários do SUS nos rumos e ritmos desse novo sistema de saúde, implicando, assim, importantes mudanças nas relações entre a Universidade e os diversos saberes existentes. A relação de atendimento, o estabelecimento de vínculo e a corresponsabilização na gestão do cuidado é parte imanente do trabalho técnico-assistencial do SUS (AREJANO; MARTINS, 2016, p. 56).

Diante do exposto, busca-se, por meio deste capítulo, realizar um entrelaçamento dos sentidos produzidos pelas narrativas dos atores que compõem a gestão compartilhada da RMSF na co-construção de uma memória coletiva sobre o Programa. Tal gestão é composta por docentes dos três núcleos profissionais, modelo adotado a fim de assegurar os interesses do coletivo e a facilitação da tomada de decisões entre os seus atores.

Percursos metodológicos para a construção de uma memória coletiva

Utilizamos aportes da Psicologia Social amparada por uma postura construcionista social na produção de sentidos em interlocução com a noção de memória coletiva. Temos a premissa de que esses momentos de interação dialógica e reflexiva das práticas discursivas propicia uma negociação de sentidos que permite a elaboração de uma memória coletiva (MEDRADO; SPINK, 2000; SÁ, 2012; BOSI, 1993).

A vida cotidiana é interpretada pelas pessoas a partir dos sentidos subjetivos que são socialmente compartilhados e que permitem uma construção social da realidade (BERGER;

LUCKMANN, 2002). O trabalho de pesquisa com a memória é sobre o tempo vivido, conotado pela cultura e pela sociedade. Compreende-se ser impossível a apreensão plena do tempo passado. Nesse sentido, o conjunto de lembranças, também, é uma construção social do grupo em que as pessoas vivem. A memória é uma forma organizadora de narrativas que abrem mapas intelectuais e afetivos (BOSI, 1993).

As práticas discursivas aludem aos momentos de ressignificação, rupturas e produção de sentidos, e, ainda, são compreendidas enquanto práticas sociais. Tem-se o entendimento de que a temporalidade se faz presente nos nexos de sentidos, à medida que contextualiza e permite o diálogo continuado entre novos e antigos sentidos. Tal dimensão possibilita trabalhar as práticas discursivas em diferentes níveis, como na apreensão da cristalização de discursos institucionalizados, bem como nas posições socialmente disponíveis e nos posicionamentos a partir das estratégias linguísticas usadas nas interações. “Posicionar-se implica navegar pelas múltiplas narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas” (MEDRADO; SPINK, 2010, p.53).

Escolhemos, como instrumentos para construção de nossa memória coletiva, a realização de entrevistas narrativas e a elaboração deste texto em modo colaborativo. O princípio básico das entrevistas narrativas é de reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos participantes (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). O tópico inicial das entrevistas narrativas foi o convite a contar a história dos percursos da RMSF nos últimos 10 anos.

Nessa co-construção da memória coletiva, nós assumimos um duplo papel: o de autores e o de participantes. Nós quatro compomos a gestão compartilhada entre os anos de 2018 e 2020. Nossos tempos de participação na RMSF são diversos, porém emblemáticos quando se considera os acontecimentos marcantes de seus dez anos de história. A primeira autora conduziu as entrevistas com cada um dos demais autores.

As entrevistas foram realizadas, via aplicativo multiplataforma on-line de mensagens de texto, voz e vídeo chamada¹ durante o mês de maio de 2020, período em que todos se encontravam em distanciamento social devido à pandemia da COVID-19. Os encontros foram audiogravados, posteriormente, transcritos na íntegra, e seu material resultante foi sistematizado em eixos temáticos. Também, foram consultados os sites da Escola de Enfermagem da FURG e a página da RMSF² em uma mídia social.

Após a elaboração de uma primeira versão do texto pela primeira autora, os demais autores-participantes foram convidados a participar da elaboração do texto, com revisões, inserções de contribuições, críticas, comentários e complementações aos fatos narrados,

¹ WhatsApp, disponível em: <https://www.whatsapp.com>, acessado em 10 de junho de 2020.

² Facebook, disponível em: <https://www.facebook.com/ResidenciaMultiprofissionalEmSaudeDaFamiliaFurg>, acessado em 10 de junho de 2020.

datas e nomes. Ademais, foram discutidos os posicionamentos sobre a constituição da RMSF ao longo do tempo e a interação da gestão compartilhada com os demais atores do programa.

A seguir, os sentidos produzidos pelas narrativas são apresentados em modo entrelaçado para a composição da memória coletiva da RMSF pelo prisma dos integrantes da gestão compartilhada atual (2018-2020). Ressaltamos a necessidade de situar o olhar de onde partem essas narrativas, pois se tem o entendimento que, ao mesmo tempo em que os sentidos produzidos por elas compõem uma memória coletiva de um contexto histórico, eles também destacam alguns posicionamentos, e não outros que, talvez, teriam maior ênfase em outras interações dialógicas.

Apresentação dos sentidos produzidos pelas narrativas entrelaçados em eixos temáticos

Construímos os seguintes eixos temáticos que serão apresentados a seguir: 1. Contextos sociais e políticos que antecedem à RMSF. 2. A origem e o início da residência. 3. Momentos marcantes na existência da RMSF. 4. Os desafios enfrentados no presente.

Contextos sociais e políticos que antecedem a RMSF

Faz-se necessário, antes de narrar a origem da RMSF-FURG, contextualizar o movimento de transformação das políticas públicas de saúde que acontece na primeira década dos anos 2000. O cenário que se formava, no âmbito da Saúde, era delineado pelas novas políticas públicas que objetivavam consolidar o SUS ao orientar a estruturação dos serviços de saúde, a gestão, as práticas de atenção à saúde, bem como a própria formação do trabalhador da saúde.

Importantes políticas públicas foram lançadas neste período, como exemplo disso, em 2004, foram publicadas a Política Nacional de Humanização e a Política de Educação Permanente em Saúde e, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diante desse cenário em transformação, percebia-se a importância do papel da universidade enquanto colaboradora, apoiadora e parceira da saúde pública.

Naquela época, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro convidou importantes membros do meio acadêmico como Gastão Wagner de Sousa Campos, Regina Benevides e Eduardo Passos para contribuir na elaboração das políticas públicas do SUS. Nesse movimento, existia uma inquietude no sentido de se tecer teorias sobre a Saúde Pública, em especial, a Saúde Coletiva. Então, se começa a falar em uma formação permanente de trabalhadores diferente das capacitações que existiam até então. Era uma formação díspar porque exigia a reflexão do trabalhador sobre a sua prática.

Assim, começavam a serem formados os primeiros Núcleos de Educação Permanente pelas secretarias de saúde estaduais por meio das regionais de saúde, bem

como os núcleos das secretarias municipais de saúde em 2005. Com o incremento e o avanço dos estudos teórico-práticos do MS a respeito da Saúde Coletiva como modelo teórico para o SUS, com a articulação com o Ministério da Educação (MEC), se obtém a aprovação da Portaria 11.129/2005, que institui a Residência Multiprofissional em Saúde, a Residência em Área Profissional de Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Esse movimento ocorria, pois se entendia que era preciso preparar quem estava saindo da universidade para consolidar o SUS. Não bastava, apenas, trabalhar a formação permanente dos trabalhadores, era preciso pensar o trabalho na saúde enquanto processo reflexivo e crítico.

Ademais, havia um entendimento que as formações de graduação, no campo da saúde, ainda estavam distantes do SUS. As políticas e diretrizes curriculares, também, não foram alteradas facilmente e guardavam interesses em disputa, dado que o campo da saúde, no Brasil, favoreceu, historicamente, o modelo privatista, individual, clínico-assistencial, hospitalocêntrico, centrado em procedimentos e instrumentos a partir da condução dos profissionais no cuidado em saúde. Nesse ínterim, muitas modificações foram operadas e seguem operando, no sentido de adequar a formação no campo da saúde no Brasil, algo facilmente identificado nos cursos de Psicologia, Educação Física e Enfermagem, que são as áreas que formam a RMSF no cenário em tela. Essa demarcação é singular, pois graduação e pós-graduação estão em constantes alterações, conflitos, disputas em relação à formação de recursos humanos para a saúde no País.

Em 2007, Ceres Braga Arejano assumiu o cargo de Coordenadora de Saúde Mental, na Secretaria de Município da Saúde (SMS), em Rio Grande. Sua incumbência era a de conceber e operacionalizar a abertura de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), um CAPS infantil e um Residencial Terapêutico no ano subsequente. Na ocasião, o secretário municipal da saúde havia assinado um termo de ajustamento de conduta com o ministério público para a adequação da atenção psicossocial do município.

Enquanto atuava junto à SMS rio-grandina, Ceres foi convidada a participar da elaboração e da implementação de dois projetos de residências multiprofissionais na área da saúde. Com a publicação da Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, que institui os programas de Residência Multiprofissional, a FURG solicitou à prefeitura do Rio Grande parceria neste desafio (COREMU, 2014).

A origem e o início da residência

A construção dos programas das RMS da FURG aconteceu durante o ano de 2009, com a iniciativa da Escola de Enfermagem (EEnf), por meio da atuação das professoras Marta Riegert Borba, Maria José Chaplin (Zezé), Taís Maria Nauderer e Jacqueline Sallette

Dei Svaldi, em parceria com a SMS, representada por Ceres Braga Arejano e Allison Saggiomo Juliano. Durante a elaboração dos projetos, os cursos de Educação Física e de Psicologia foram convidados a colaborar a partir da indicação de docentes que pudessem atuar como tutores e/ou professores. Em 2010, foi idealizada e implementada a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), sob a coordenação inicial do professor Cesar Francisco Silva da Costa e, posteriormente, da professora Sibeles Rocha Martins.

A RMSF foi o primeiro programa a ter o edital de seleção público divulgado. As atividades tiveram início no dia dois de agosto de 2010, após a aprovação de sua proposta pelas instâncias da SMS rio-grandina, do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho da EEnf, da Comissão Geral de Pós-Graduação Lato Sensu (COLASE), do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração (COEPEA), e, por fim, do Ministério da Saúde. O primeiro grupo de preceptores, tutores e professores foi composto por Ceres Braga Arejano, Maria de Lourdes Matos, Sabrina Galarraga, Samanta Rodrigues e Suzi Bromberger pela SMS; Augusto Duarte Faria, Marilene Zimmer e Vera Torres das Neves pela Psicologia; Raquel da Silveira e Méri Rosane pela Educação Física; Adriana Dora da Fonseca, Adriane Netto de Oliveira, César Francisco Costa, Geani Fernandes, Janaína Sena e Marta Riegert Borba pela Enfermagem, com a coordenação de Zezé Chaplin, professora da EEnf e Luis Ulisses Signori, professor de Instituto de Ciências Biológicas (ICB) (EEnf-FURG, 2009).

O bom entrosamento, na parceria SMS rio-grandina e FURG, representada pelas professoras Zezé e Marta Borba, permitiu a construção de um projeto inovador, cujos fundamentos foram inspirados pelos princípios da Saúde Coletiva que se delineavam no período. O grupo trabalhou com o objetivo principal de fortalecer o SUS, por meio de ações que promovessem sua qualificação, bem como o atendimento às demandas da população e o acesso a atenção à saúde. Nesse sentido, o Projeto Político Pedagógico (PPP) descrevia, em sua proposta, os momentos de formação teórica a partir de rodas de conversa. Tais rodas eram organizadas segundo diferentes propósitos, como as rodas de campo, as rodas de reflexão do núcleo profissional e rodas de discussão temática. Também, eram previstas reuniões de tutoria, e encontro de orientação do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (PTCR) e Trabalho de Conclusão de Curso (TCR). Esse modelo era considerado uma ousadia na época, pois as rodas assumiam um formato diferente das disciplinas acadêmicas comumente organizadas sob a responsabilidade e o protagonismo de um único docente. Havia o entendimento de que a composição dos momentos formativos em roda potencializava a construção de relações dialógicas mais horizontalizadas facilitadoras da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005).

No período, eram realizadas as rodas de campo, reunindo residentes, trabalhadores da saúde, representantes da SMS e professores/tutores na UBSF. Era proposto que os

integrantes da unidade de saúde trouxessem um caso para ser discutido nas rodas. O caso já tinha sido discutido na equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, poderia ser acompanhado pelo Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF). Diante da complexidade do caso apresentado, todos os participantes, a partir de sua experiência e arcabouços teóricos, davam sua contribuição para a resolução da problemática, sendo o debate coletivo necessário para se delinearem estratégias mais efetivas. Tal compartilhamento de saberes e fazeres propiciava a educação permanente em saúde.

Em 2011, a RIMHAS iniciou suas atividades. Nesse mesmo ano, o grupo de participantes da RMSF teve o desafio de receber duas turmas de primeiro ano. Ceres permaneceu, na RMSF, como uma das preceptoras da Psicologia até 2012, retornando como docente em 2013. Enquanto preceptora, Ceres participava das rodas que aconteciam nas noites de quarta-feira no câmpus Saúde, bem como atuava nas rodas de campo e nas atividades de preceptoria desenvolvidas nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF). Além disso, ministrava conteúdos sobre Saúde Mental para a formação teórica da RIMHAS. O horário e local para realização das rodas causava grande transtorno aos professores das áreas da Educação Física e Psicologia, que ministravam aulas no período noturno nos cursos de graduação, no câmpus Carreiros, distante 10,5 km do centro do município onde está situado o câmpus Saúde.

Durante a trajetória histórica da RMSF, observa-se certa transitoriedade de docentes. As razões para impermanência são diversas: desde a aposentadoria - a saída da universidade - até o desejo de desenvolver outros projetos profissionais acadêmicos. No caminho contrário, Alan Goularte Knuth iniciou as atividades docentes na universidade em 2011, compondo o quadro da residência, com o propósito de trilhar sua trajetória na Academia enquanto docente, a partir da atuação na residência, com o reconhecimento do espaço de diálogo com a SMS e da potência que esta interlocução saúde e universidade estabeleciam em fortalecimento do SUS, em nível local e regional.

A EEnf teve importante papel para a manutenção da RMSF, com a permanência de seus docentes na coordenação durante os quatro primeiros anos. Após esse período, os professores da Educação Física e da Psicologia passaram a ocupar-se desta incumbência. Durante os dez anos de existência da RMSF, além dos professores mencionados anteriormente, destacamos a participação das professoras Paula Pereira de Figueiredo e Daiane Porto Gautério Abreu da EEnf, dos professores Alfredo Guilherme Martin Gentini, Egeu Gomez Esteves e Karen Eidelwein, do Curso de Psicologia, e Mirella Valério e Jose Geraldo Soares Damico, do curso da Educação Física.

Momentos marcantes na existência da RMSF

A transitoriedade dos docentes aliada à percepção de que a rotina de trabalho, nos Programas das RMS da FURG, demandava forte engajamento e pouco reconhecimento acadêmico acabava desestimulando a entrada de novos professores. Esse fato fez com que a RMSF, antes de completar cinco anos, enfrentasse sua primeira crise. A falta de docentes quase culminou com seu fechamento. O mesmo problema afetou a RIMHAS em 2017, ano em que deixou de selecionar residentes, retomando a recebê-los no ano seguinte. Nesse sentido, a união dos atores que compõem as RMS da FURG tem viabilizado a manutenção da existência delas ao longo do tempo, a exemplo disso, com a realização do processo seletivo dos programas de residência em modo unificado, anualmente.

Em 2014, foram realizadas reuniões com os colegiados dos cursos e institutos, nos quais as três áreas estão lotadas. Também, aconteceram encontros com a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP) da FURG, com o intuito de solucionar a crise. Era preciso reunir esforços para dinamizar a atuação docente e atender à demanda de formação da residência, sem perder sua qualidade e característica de inovação.

No que diz respeito aos núcleos da Psicologia e da Educação Física, um dos aspectos que contribuem para que as RMS nem sempre figurem no alinhamento de projetos pessoais é a atuação diversificada desses núcleos, com menor predomínio de atuação na área setorial da saúde pública. Essa pluralidade de ações de caráter teórico-prático, de estudos e de intervenção em outros eixos de atuação coloca, ao corpo docente desses cursos, uma amplitude que extrapola e muito o campo da saúde. Em meio a tal acontecimento, é preciso unir um projeto institucional forte, ou seja, garantir as RMS e os interesses de aproximação de docentes. Na Enfermagem, a atuação está bem alinhada, historicamente, ao campo da Saúde e as dificuldades, com a composição do quadro docente, passam por outros aspectos. Inevitavelmente, há de se reconhecer que o SUS não está colocado no projeto profissional de boa parte dos docentes desta universidade, ao menos, naquilo que transcorre nas RMS.

A RMSF foi idealizada enquanto espaço da coletividade, com o respeito às disparidades de experiências e de conhecimentos na Saúde Coletiva. Nesse aspecto, houve a reorganização de sua gestão e a proposição da reestruturação do projeto político pedagógico. Dessa forma, a residência passou a ter uma gestão compartilhada, sob a responsabilidade das três áreas que a compõe, mesmo que, institucionalmente, se tenham, apenas, as figuras representativas de um coordenador e do respectivo coordenador adjunto. A perspectiva era que a gestão compartilhada, no coletivo, pudesse fortalecer a atuação dos poucos docentes que a compõem, bem como o seu coletivo.

A proposta seguiu em consonância ao método da roda enquanto cogestão dos processos de trabalho na saúde e seus coletivos. Tal perspectiva considera a participação

de todos os sujeitos a partir das peculiaridades de suas áreas de atuação, experiências, conhecimentos, seus interesses subjetivos e coletivos, com o estabelecimento de relações horizontalizadas, dialógicas, que possibilitem a reflexão e a crítica do processo de trabalho (CAMPOS, 2000).

Ainda em 2014, os espaços das rodas da RMSF foram destinados ao debate intenso entre todos os atores que compunham a residência na ocasião, para a modificação do PPP. Além do modelo de gestão, uma das principais mudanças foi a constituição de um núcleo comum de disciplinas para os residentes do primeiro ano de ambas as residências. A construção de tal núcleo foi alinhavada em reuniões do núcleo docente estruturante das RMS-FURG. O núcleo comum é composto por disciplinas consideradas indispensáveis para a compreensão das necessidades de saúde no território e para a atuação do residente em seu campo de prática, seja a comunidade, seja o hospital. Além disso, auxiliam na preparação dos TCR. O conjunto de disciplinas inclui os seguintes temas: o SUS e a RAS, informação em saúde, promoção da saúde, ética e bioética, saúde mental coletiva, estatística e epidemiologia, e pesquisa e metodologia científica. Outra alteração do PPP foi a realização das rodas semanais às tardes, no câmpus Carreiros (PPP-RMSF, 2014).

Entre os fatos marcantes da trajetória da RMSF, faz-se necessário destacar as iniciativas realizadas pelos residentes, apoiados pelos demais tutores/professores, preceptores, gestão compartilhada e SMS. O coletivo buscou divulgar suas ações e compartilhar experiências com outras residências, estudantes, trabalhadores da saúde em momentos distintos, com proeminente atuação política em defesa do SUS. Em 2013, a RMSF lançou uma página em uma rede social da internet, administrada pelos residentes para divulgação de informações sobre a residência, ações em saúde realizadas nas UBSF e temas pertinentes à Saúde Coletiva e ao SUS, <https://www.facebook.com/ResidenciaMultiprofissionalEmSaudeDaFamiliaFurg>.

A participação, nos espaços de construção coletiva da saúde pública, pelos residentes acontece, inicialmente, pela ocupação de uma vaga de representação no Conselho Municipal de Saúde do Rio Grande, e pela presença nas conferências de saúde em suas instâncias. O constante engajamento dos residentes, nos encontros gaúchos e nacionais das RMS, possibilitou o intercâmbio de conhecimentos acerca das diferentes realidades vividas pelos programas de residência multiprofissional. Além disso, a atuação do coletivo, no movimento de residentes multiprofissionais, trouxe perspectiva política para a conquista de melhores condições de formação em serviço.

O lançamento, em 2017, do primeiro livro intitulado “Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde” (<https://www.facebook.com/ResidenciaMultiprofissionalEmSaudeDaFamiliaFurg>) possibilitou suscitar reflexões sobre as ações das RMS. A publicação, também, oportunizou a difusão de

pesquisas que têm sido conduzidas no decorrer da especialização (KNUTH; AREJANO; MARTINS, 2016).

Outro momento marcante refere-se ao reconhecimento dos programas de RMS da FURG, em 2018, após anos de idas e vindas, formação e destituição de equipes de avaliação, visitas prometidas e dificuldades de comunicação entre ministérios e instituições que abrigavam os programas. O parecer de reconhecimento das RMS-FURG 508/2018/CGRS/DDES/ESU/ESU possibilitou a emissão dos certificados de conclusão ao final das atividades pelos/as residentes.

Em 2019, foi realizado o primeiro simpósio das RMS da FURG, com o subtítulo “os desafios da multiprofissionalidade para o cuidado integral em saúde”. A proposta do evento seguia o interesse dos profissionais residentes em divulgar as RMS da FURG, para os graduandos da região, como possíveis campos de formação e prática, e em suscitar reflexões sobre os processos de formação em serviço. As mesas redondas tiveram a participação dos residentes, egressos, preceptores, tutores, gestores da SMS e do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG/EBSERH).

A RMSF tem contribuído, para o SUS, diretamente, com a formação de profissionais da saúde, e para a atenção à população adscrita nas UBSFs e nos diversos campos de vivências na RAS do município do Rio Grande. Até meados de 2020, a residência formou 35 especialistas em Saúde da Família³. Parte deles está atuando em diferentes cenários de práticas da Saúde. Esta atuação abrange, desde integrar equipes da ESF, equipes NASF, setores de hospitais, atendimento em clínicas privadas, até o MS. Os egressos levam consigo uma formação que privilegia valores humanos na defesa dos direitos sociais, e a valorização da interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. Alguns egressos da residência ainda foram admitidos em programas de pós-graduação *stricto sensu*; desses profissionais, a maioria segue pesquisando na saúde pública. Para esses, assume-se a perspectiva de que essa formação potencializará o ensino superior na defesa e no fortalecimento do SUS. Outros, ainda, atuam na rede de assistência social, e alguns residentes egressos acabam ainda não trabalhando na área. Uma possível explicação para este fato pode ser a escassez de editais de seleção para novos profissionais da saúde na região.

³ Aline Augusta Medeiros Rutz, Amanda Gayer Cardoso, Bárbara Coelho Nunes, Bianca Araujo Marandini Nunes, Brenda Rodrigues Ongaratto, Bruna Abbud da Silva, Bruna Medeiros Batalha, Bruno Correa Braga, Carla Gallarreta Rolão, Carolina Coutinho Costa Vallejos, Cintia Ramos Nicoes, Daiane Farias da Silva, Daiane Grillo Martins, Daniela de Freitas Rodrigues, Diego Pinto Santos, Diogo Silveira Heredia Y Antunes, Douglas Almeida Xavier, Fernanda Souza Coelho, Gabrielle De Mello Lisboa, Graciane Tavares, José Ricardo Guimarães dos Santos Junior, Juliana Acosta Santorum, Laíne Bertinetti Aldrigui, Leani Severo Silveira, Leticia Costa Alves, Luiza Santos Ferreira, Maria Eduarda de Lima dos Santos, Maria Isabella Haslett Garcia, Mariana Rennó de Siqueira Antunes, Milene Zilio, Miriam Elisa Rivero Meza, Nidia Farias Fernandes Martins, Raysha Thereza Nery, Tatiana Afonso da Costa e Thavane de Llano Leal.

Os desafios enfrentados no presente

O programa de residência é perpassado por desafios e avanços ao longo de sua existência. Pode-se pensar na residência como uma delicada e complexa composição de perspectivas, saberes, fazeres, poderes, que ganham diferentes delineamentos ao longo do tempo, atravessada pelas mudanças econômicas, políticas e sociais. A teorização da Saúde Coletiva que inspirou políticas públicas que visavam à consolidação e à qualificação do SUS encontra, nas RMS, espaço para sua ampliação. Contudo, essa delicada tessitura encontra alguns reveses atualmente.

Um constante desafio que a RMSF enfrenta consiste em manter professores aguerridos ao SUS, por acreditar que é possível ter um sistema de saúde público competente, que garanta a qualidade e a equidade no cuidado em saúde para a população. Recentemente, a residência teve a entrada de docentes inspiradas por tais ideais. Em 2016, Daniele Ferreira Acosta passou a compor o quadro docente por designação da EEnf. Nos anos seguintes, as professoras da Psicologia, Daniela Barsotti Santos em 2017, Rita de Cássia Maciazeki Gomes em 2018 e Geruza Tavares D'Avila em 2020 se juntaram ao quadro docente. Ainda assim, percebe-se a carência de professores da Enfermagem e da Educação Física, considerando a entrada de poucos e sua manutenção no programa.

Ressalta-se o importante papel da SMS rio-grandina, por meio da gestão da ESF, dos preceptores e dos demais trabalhadores da saúde, em especial, os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) durante a existência da RMSF. O permanente diálogo com a gestão e a participação dos demais trabalhadores da saúde permitiu o acompanhamento das trajetórias de formação de cada turma de residentes. Mesmo assim, por três momentos, em dez anos, a RMSF precisou interromper os trabalhos e deslocar a equipe de residentes de uma UBSF para outra. Essas mudanças aconteceram em função de percalços no processo de trabalho, os quais são atravessados por diversas questões compreendidas como intercorrências da vida e do cotidiano. Tais percalços foram manejados com maior ou menor tranquilidade ao longo do tempo. Enquanto trabalhamos uma delicada tessitura composta por diversos atores, reconhecemos que parte desses entraves se deve pelas constantes trocas dos profissionais nas equipes de saúde das UBSF nas quais a residência atuava, bem como pelas mudanças na gestão da SMS e ESF e pela própria condução do programa de residência na universidade.

Outro desafio constante para o programa RMSF diz respeito ao “lugar” que a Educação Física e Psicologia ocupam na atenção primária brasileira e, especificamente, na equipe da UBSF. A rigor, esses não são núcleos profissionais que estão na composição das equipes consideradas mínimas para a ESF, e, sim, das equipes NASF, cuja vivência pode ser experimentada no segundo ano da residência. Essa realidade ocasiona certa abundância de atuação para os residentes oriundos da Enfermagem e suscita dúvidas sobre

como atuar em um “lugar desconhecido” entre os residentes que se graduaram em Educação Física e Psicologia. Nas rodas e nas reuniões de tutoria, surgem estranhamentos, tanto da parte dos residentes, como de alguns integrantes das equipes de saúde.

Entendemos que a entrada dos residentes na UBSF, em contato direto com as famílias no território, produz um efeito potencializador para a compreensão deles sobre a atenção à saúde primária na comunidade. As políticas públicas do setor que organizam os cenários de prática no SUS não deveriam promover o engessamento da atuação profissional, até pela importância de se reconhecer a atuação da União, dos Estados e dos Municípios na constituição da Saúde Pública no Brasil, segundo suas necessidades locais, regionais e nacionais. Se formos nos pautar unicamente no rigor prescritivo dos manuais, sobrar pouca criatividade e invenção para o campo da Saúde, algo que temos procurado escapar com o PPP da RMSF.

A existência das equipes NASF, no cenário da atenção primária em Rio Grande, de onde parte a preceptoria da Educação Física e Psicologia, ameniza o sofrimento estabelecido na condição do residente de não “se enxergar” de imediato na composição da equipe ESF. A impressão de estranhamento acaba reduzindo no decorrer do primeiro ano de formação. Enfrentamos esse desafio constante, mantido em nome de uma autonomia de atuação em prol do cuidado efetivo à saúde da população. Acreditamos na importância da presença desses núcleos profissionais no território e na potência dessa experiência para a formação desses profissionais residentes que um dia poderão propor ou participar de novos planos ou de projetos na Atenção Primária à Saúde. É esquivar-se ao que já está colocado, normalizado e absorvido, sem que se tenha a reflexão e a compreensão de seu sentido.

Ao traçarmos um panorama atual, talvez, estejamos diante de desafios ainda maiores, uma vez que se tem a perspectiva de um cenário em transformação que afeta, radicalmente, a residência no modo como foi concebida. Ademais, a existência do próprio SUS e da Universidade Pública encontra-se ameaçada. Em 2016, foi publicada a Emenda Constitucional 95/2016, que institui novo regime fiscal, com o congelamento dos recursos financeiros federais, incluindo a Saúde e a Educação (BRASIL, 2016). Com relação à Saúde, se tem a perspectiva que esse estrangulamento fiscal gere como consequências a inviabilização de sua organização em rede dos serviços, com a fragmentação e com a segmentação dos cuidados no setor público. E no setor privado, percebe-se a expansão de novos arranjos assistenciais, como as clínicas de vizinhança e as clínicas populares, bem como o desenvolvimento e o fortalecimento de novas modalidades de pré-pagamento (NORONHA *et al*, 2018).

Seguindo este rumo, tem-se observado mudanças no custeio à Atenção Primária à Saúde que produzem alterações drásticas no modelo de organização que temos atualmente. A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017,

mesmo reafirmando que a ESF é a forma prioritária de Atenção Primária no Brasil, traz, como principais modificações, a valorização da AB tradicional, a diminuição do número de ACS nas equipes ESF, e maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal, no sentido de seguir com a implementação da ESF ou de manter a AB tradicional. Tais modificações podem resultar no enfraquecimento, ou mesmo, no desmonte da ESF (MELO *et al.*, 2018).

Ainda referente aos rumos que a Saúde tem tomado, em 12 de novembro de 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil, pela Portaria N°. 2.979, que prevê um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no SUS. Oriunda desta portaria, em janeiro de 2020, foi publicada a Nota Técnica N° 03/2020, que elimina o financiamento direto das equipes NASF e dá autonomia aos gestores municipais a formar novas “equipes multiprofissionais” (BRASIL, 2019, 2020).

Essa mudança do custeio, baseada na quantificação e no registro informatizado de desempenho, impactou a forma de organização da lógica de trabalho na Atenção Primária em Rio Grande, com a realocação das equipes multiprofissionais para centros de regulação e extinção das reuniões de matriciamento. Essa transformação ressoa na RMSF, quando se colocam expectativas de que o residente multiprofissional siga estritamente o modelo das residências médicas na substituição do profissional no campo de atuação - enquanto um profissional de saúde deixa o campo e passa a realizar a preceptoria de um grupo de residentes.

A segmentação e a fragmentação do cuidado eliminam o caráter interdisciplinar da equipe multiprofissional, reduzindo a integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, nos questionávamos em como manter uma formação amparada na clínica ampliada que produza o efeito Paideia, enquanto processo potencializador da corresponsabilidade e efetividade do cuidado à saúde, contemplada no projeto da residência (CAMPOS, 2009). Como acompanhar as transformações desse cenário e, ainda, alcançar os objetivos da RMSF enquanto projeto?

Essa inquietação nos perpassava quando a pandemia da doença causada pelo SARS-CoV-2, denominada novo coronavírus (COVID-19), teve o primeiro caso registrado no Brasil, em fevereiro deste ano. No mês seguinte, foi confirmado o primeiro caso no Rio Grande (OLIVEIRA *et al.*, 2020; PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2020).

A pandemia da COVID-19 escancarou a importância que o SUS tem para o País, especialmente, quando consideramos que 75% da população brasileira utiliza exclusivamente o SUS (NORONHA *et al.*, 2018). No início da pandemia, o MS teve, como estratégia para o enfrentamento do novo coronavírus, a informação e a comunicação para a população e a imprensa. Diariamente, eram divulgados os números de casos confirmados, e os óbitos notificados (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Até quatro de junho de 2020, considerava-se o Brasil como o segundo país em número de casos confirmados (cerca de 585 mil) e o terceiro em número de óbitos por COVID-19 (aproximadamente 33 mil) no mundo (WHO, 2020).

A pandemia da COVID-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. Todavia, também traz à tona as fortalezas do maior sistema de saúde público e universal do mundo, que tem um papel preponderante na vigilância e na assistência à saúde, assim como no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação brasileira (OLIVEIRA *et al*, 2020, p.5).

Nos dias 13 e 14 de março de 2020, a reitora em exercício, Prof.^a Dr.^a Cleuza Maria Sobral Dias, emitiu duas notas oficiais que culminaram na suspensão das atividades acadêmicas e administrativas na FURG e na proposição da elaboração de um Plano de Contingência. A RMSF continuou atuando em parceria com a SMS rio-grandina. Daniele realizou visitas às residentes e preceptores nas UBSF, com o propósito de apoiar, em especial, as residentes do primeiro ano que estavam iniciando seus trabalhos na semana anterior. As rodas administrativas, com a participação de residentes, preceptores, docentes, representante da SMS e gestão compartilhada, passaram a acontecer semanalmente, enquanto as aulas do núcleo comum foram retomadas em agosto, quando a universidade retomou as atividades acadêmicas em modo emergencial e remoto.

Durante os meses de março a outubro de 2020, nas rodas administrativas semanais, eram compartilhadas dúvidas e incertezas de como dar continuidade às atividades de atenção à saúde em um momento em que todo o sistema de saúde rio-grandino se modificava, em antecipação ao agravamento da pandemia, para poder acolher a demanda de pessoas que seriam atendidas. Com a permanência das residentes nas UBSF, integrando a ação estratégica, “O Brasil conta comigo” proposta pelo MS, foram traçadas diferentes estratégias como as ações de comunicação e educação em saúde em modo remoto em rede social da internet, com a reativação ou abertura de perfis das UBSF (<https://www.facebook.com/ubsf.caic.9>; <https://www.facebook.com/ubsfveraregina.freitastheodoro>). Também, era realizado o acompanhamento telefônico de pessoas em maior vulnerabilidade que eram atendidas pelas equipes multiprofissionais das unidades.

A RMSF, também, atuou no serviço de teleatendimento que a SMS, em parceria com a EEnf, da FURG, desenvolveu o TeleCovid-19 (https://www.riogrande.rs.gov.br/saude/portal-principal_http-www-riogrande-rs-gov-br-p135096/), responsável por realizar a triagem, o monitoramento e o encaminhamento de pessoas que pudessem ser casos suspeitos de Covid-19. O teleatendimento, também, dispunha de consultas médicas por meio virtual para os casos necessários. O coletivo se manteve unido em cuidado mútuo e afetivo, mesclando atividades presenciais e remotas.

Considerações reflexivas sobre uma memória em construção

Ao construirmos uma memória coletiva sobre os dez anos de existência do programa RMSF, temos a perspectiva de que este é, apenas, um capítulo inicial de uma história narrada por diversas vozes. Os cenários teórico-práticos em transformação e a passagem dos diferentes atores que compõem o programa, evoca a importância de perpetuar a memória para que se alcance outros prismas, outras possibilidades e potenciais de atuação em diálogo, com o propósito de fortalecer o SUS na atenção primária à saúde. Faz-se necessário refletir sobre os momentos marcantes durante a história da residência, não apenas sobre os avanços que motivam e acalentam a jornada, mas também enfrentar os entraves, com a maturidade da autocrítica para a tomada de decisões para sua superação.

Os desafios constantes, como o não reconhecimento acadêmico da participação docente e o estranhamento sobre o lugar que os núcleos profissionais ocupam no contexto de práticas da atenção à saúde, desvelam algo mais importante. A proposta de uma epistemologia e uma ética do cuidado que transcendem os modelos compartimentados, normativos e prescritivos dos saberes e dos fazeres na saúde. Partimos da ótica da corresponsabilização do cuidado e da promoção da autonomia frente a saúde, tanto para o usuário do SUS quanto para os trabalhadores da saúde. Nesse sentido, tem-se a proposição de um trabalho na formação profissional aliada ao ensino, à pesquisa e à extensão, que promove valores universais humanos para a redução das iniquidades sociais e econômicas. É com relação a essa proposição que nos resvalamos, atualmente, com desafios ainda maiores, ou seja, estamos diante da luta pela permanência de um Sistema Único de Saúde universal, equitativo e integral em sua estruturação, organização e assistência; assim como pela manutenção de uma Universidade pública que, por meio de suas ações, possa contribuir para a população brasileira em seu desenvolvimento social. Inspirados por esta proposição, iniciamos e continuamos nossa trajetória acadêmica docente na universidade e na atuação na RMSF.

Referências

ABIB, L.T.; KUHN, G.F. Trajetórias das residências multiprofissionais em saúde no contexto da saúde coletiva. In: KNUTH, A.G.; AREJANO, C.B.; MARTINS, S. (Org.) **Trajetórias da composição do sistema único de saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**, Rio Grande: Editora da FURG, 2016, p.17-38.

AREJANO, C.B.; MARTINS, S. da R. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. In: KNUTH, A.G.; AREJANO, C.B.; MARTINS, S. (Org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da FURG, 2016, p.55-74.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. (Tradução de Floriano de Souza Fernandes), Petrópolis: Vozes, (21 ed.) 2002, 248p.

BOSI, E. A pesquisa em memória social, **Psicologia USP**, São Paulo, 4(1-2), p.277-284, 1993.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 03/2020: trata do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde, In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: HUCITEC, 2009, p. 41-80.

CAMPOS. G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 9 (16): 161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1): 41-66, 2004.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (EEnf-FURG). (2010). **Dia 2 de agosto tiveram início as atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Disponível em: https://eenf.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=42 . Acessado em: 03 de junho de 2020.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPP-RMSF). 2014. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf> . Acessado em 07 de junho de 2020.

COREMU. **Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da FURG**. 2014. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf> . Acessado em: 03 de junho de 2020.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. A entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (Tradução Pedrinho Guareschi), Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90- 113.

KNUTH, A.G.; AREJANO, C.B.; MARTINS, S.R. (Org.) **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da FURG, 2016, 217p.

- MEDRADO, B.; SPINK, M.J. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise de práticas discursivas In: SPINK, M.J. (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**, Rio de Janeiro: Cortez, (2000) p. 63-92.
- MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018.
- NORONHA, J.C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 6, 2051-2059.
- OLIVEIRA, W.K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 29, n. 2, e2020044, 2020. Epub 27-Abr-2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE. (2020). **Coronavírus: Ações durante a pandemia de COVID-19**, Disponível em: <https://www.riogrande.rs.gov.br/confirmado-o-primeiro-caso-de-coronavirus-em-rio-grande/> . Acessado em: 07 de junho de 2020.
- SÁ, C.P. Psicologia social da memória: sobre memórias históricas e memórias geracionais In: Jacó-Vilela, A.M.; Sato, L. (Org.) **Diálogos em Psicologia Social**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012, p.45-55.
- VASCONCELOS, L.M.; PASCHE, D.F.O Sistema Único de Saúde, In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: HUCITEC, 2009, p.531-562.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020). **WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>, Acessado em: 07 de junho de 2020.

DE ONDE PARTIMOS E PARA ONDE ESTAMOS INDO NA (RE)CONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DA RIMHAS

Leandro Quadro Corrêa

Priscila Aikawa

*Desespero e esperança
Embora os desafios não tenham precedentes,
e as discordâncias sejam imensas, o gênero humano
pode se mostrar à altura do momento
se mantivermos nossos temores sob controle
e formos um pouco mais humildes
quanto a nossas opiniões.*
(HARARI, 2018)

Introdução

Sem almejar a presunção, partiu-se do texto de Harari (2018), apresentada como nota introdutória da parte três do seu livro intitulado 21 lições para o século 21, que aborda o que pode ser feito para resolver certos conflitos da humanidade, para traçar um paralelo com as experiências da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS).

Logicamente, há muita profundidade no livro em que esta frase aparece, tendo em vista que o autor destrincha questões políticas, tecnológicas, sociais e existenciais, e aponta a forma como elas impactam a vida cotidiana do ser humano, demonstrando os desafios contemporâneos, refletindo sobre como deve ser o desenvolvimento pessoal em momentos de ruídos e incertezas.

A citação acima mencionada, bem como o livro do autor, resume muito dos sentimentos e sensações que vivemos diante dos constantes desafios que nos são impostos pela residência, desse modo, faz-se uma analogia dessa produção do autor, com o microcosmo que é a RIMHAS, onde se lida com tensões políticas (Universidade academia/ Universidade instituição hospital), sociais, existenciais e pessoais.

A RIMHAS tem quase dez anos de existência e nesse período vem passando por diversas transformações, embates e reestruturações. Muitas dessas tensões são geradas pela necessidade de qualificação de suas atividades, embates políticos e pessoais, manutenção do andamento e, porque não, de assegurar sua continuidade como curso de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Os desafios são grandes e, a cada instante, é preciso estar atentos à necessidade de reorganização e adaptação aos que surgem. Um exemplo bem atual está diretamente relacionado a esse momento crítico humanitário em âmbito mundial e nacional que se atravessa em virtude da pandemia de COVID-19, no qual o Brasil tem sofrido constantes ataques à Saúde Pública e, mesmo assim, vem lutando e resistindo para oferecer adequado atendimento à população brasileira. A residência, por dialogar diretamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), também precisou se adequar aos novos andamentos e às atividades desenvolvidas nas dependências de um Hospital Universitário (HU), destinado ao atendimento de pacientes acometidos pela COVID-19.

Assim, nesse capítulo, serão abordadas questões relacionadas desde a criação da RIMHAS ao processo de quase fechamento, a de lotação e sobre a mudança de paradigma com a chegada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ao HU-FURG, que promoveu a chegada de uma quantidade maior de trabalhadores da saúde para auxiliar na formação dos residentes junto ao campo de prática, ainda que esses assuntos não venham a ser tratados de forma tão linear ao longo do texto.

Desse modo, objetiva-se, nesse capítulo, resgatar um pouco da história da RIMHAS, desde seu surgimento às alterações sofridas, caracterizar alguns dos atores que por ela passaram e que dela ainda fazem parte, apresentar alguns caminhos que estão sendo delineados e os tensionamentos presenciados. Para isso, foi utilizada uma análise documental e embasou-se no referencial teórico-metodológico de Jorge Larrosa (2003) na perspectiva de pensar o par experiência/sentido. No qual a experiência em análise é atuação como gestores, tutores e docentes da RIMHAS, tentando dar um tom ensaístico à escrita, sem se apegar necessariamente às formalidades da rigorosa escrita acadêmica.

Surgimento e alterações acadêmicas da RIMHAS

A residência iniciou suas atividades no ano de 2010, entretanto a primeira turma teve o início das atividades apenas no ano de 2011. Essa foi fundada por um grupo de professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, que notavam a crescente transição epidemiológica que ocorria ao redor do mundo, com crescente número de pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas, entre elas as cardiometabólicas que também se refletia na sociedade rio-grandina, aumentando a procura pelos serviços do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG) para o tratamento desses tipos de enfermidades (OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

A RIMHAS, no seu Projeto Político Pedagógico de 2012 (PPP-2012), já percebia a necessidade de preparar o profissional residente para atuar de forma integral junto à saúde cardiometabólica do adulto, possibilitando, no futuro, que atuasse no SUS com mais ciência e tecnologia na assistência à saúde, na educação em serviço e na gestão dos processos.

Ainda contemplava que a formação desses residentes fosse desenvolvida através de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas no HU-FURG, tendo essas atividades como foco principal à assistência multiprofissional e interdisciplinar na saúde, de forma que as distintas profissões atuassem em conjunto com as equipes de saúde/trabalhadores dos ambientes de prática, tutores, preceptores e docentes buscando a qualidade da produção de saúde disponível no SUS (OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

Para ofertar essa formação, a matriz curricular apresentada no PPP-2012 previa que os residentes desenvolvessem suas atividades práticas em vários ambientes do HU-FURG, entre eles: clínica médica, clínica cirúrgica, serviço de pronto atendimento, unidade de terapia intensiva, centro integrado de diabetes, entre outros. Já as atividades teóricas e teórico-práticas eram desenvolvidas através de eixos/grupos temáticos, nos quais essas atividades, no primeiro ano, eram ofertadas através de cinco eixos: instrumentação teórica e metodológica multiprofissional integrada na atenção à saúde cardiometabólica do adulto; orientação do projeto de trabalho de conclusão da residência; processo educativo em saúde; sistema único de saúde e a organização do trabalho e seminário integrado teórico/prático e processo avaliativo I. Já no segundo ano, através de outros quatro: atenção à saúde cardiometabólica do adulto; orientação do trabalho de conclusão de residência; elaboração do trabalho de conclusão de curso e seminário integrado teórico/prático e processo avaliativo II.

Essa matriz curricular funcionou dessa maneira até 2014 e a forma como a RIMHAS apresenta a oferta das atividades práticas ainda permanece igual em seu PPP, no entanto, no que diz respeito às atividades teóricas e teórico-práticas, essas tiveram que ser repensadas a partir do ano de 2014, especialmente pela ausência de professores disponíveis para atuar na residência. O quadro de docentes era muito pequeno, alguns haviam se aposentado, outros se afastaram para qualificação docente, outros se transferiram para outras instituições e ainda outros se desligaram do programa em detrimento de interesses profissionais ou por não serem professores das unidades acadêmicas que compunham a residência.

Os fatos mencionados levaram a uma defasagem de docentes para atuar nesse coletivo, fato que também ocorria no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), assim percebeu-se a necessidade de unir esforços e realizar uma alteração curricular que pudesse contemplar as duas residências a partir de um núcleo comum de disciplinas.

Então, no mesmo ano, o Núcleo Docente Assistencial Estruturante/NDAE dos Programas de Residência Multiprofissional (RIMHAS e RMSF) da FURG passou a trabalhar nessa alteração curricular dos programas, reorganizando as atividades teóricas de modo que atendessem à demanda de ambos os programas de residência, respeitando a nova resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014.

A partir dessas reuniões do coletivo, criou-se um conjunto de disciplinas que atendia às demandas das duas residências, chamadas pelo NDAE de disciplinas de núcleo comum, que passariam a ser ofertadas para os residentes de primeiro ano das duas residências com aulas em conjunto em um único dia da semana, a ser definido pelo NDAE. Com essas alterações, passaram a compor o núcleo comum as disciplinas de: ética e bioética; informação em saúde; o sistema único de saúde e a rede de atenção à saúde; pesquisa e metodologia científica; promoção da saúde; estatística e epidemiologia e saúde mental coletiva⁴. Esse conjunto de disciplinas é ministrado por docentes dos dois programas de residência, tutores e profissionais qualificados que são convidados para tal finalidade. Tais disciplinas vieram agregar a RIMHAS e desconstituir o grupo temático instrumentação teórica e metodológica multiprofissional integrada na atenção à saúde cardiometabólica do adulto do antigo projeto pedagógico da RIMHAS.

A outra grande modificação ocorrida na RIMHAS foi a troca de lotação no ano de 2017⁵, no qual já havia um expediente de reuniões há um ano com a reitoria e as secretarias diversas, onde uma comissão contendo representantes dos cursos de Psicologia, Educação Física e Enfermagem vinham debatendo os Projetos Políticos Pedagógicos da RIMHAS e RMSF e a estrutura do curso da RIMHAS. Aparentemente, a Escola de Enfermagem estava descontente com o andamento e as demandas da RIMHAS e só concordou com a continuidade do programa, mediante a troca de lotação, que passou a ser compartilhada entre o Instituto de Ciências da Informação (ICHI) e o Instituto de Educação (IE).

A lotação compartilhada da RIMHAS com as demais unidades foi aprovada⁶. No entanto, quando foi para o conselho do IE, os conselheiros salientaram que originalmente a residência estava lotada na Escola de Enfermagem, a qual manifestou interesse em se retirar da residência, porém somente aceitou permanecer quando foi sugerida a lotação compartilhada. Os conselheiros ainda destacaram que Instituto de Educação não dispõe de mais docentes para atuar no curso, além dos que já vêm atuando, devido à especificidade da formação oferecida, e que mesmo a residência não tendo sido um projeto oriundo do IE ou do Curso de Educação Física, ela é extremamente importante para os professores da unidade que se agregaram ao programa. Além disso, salientaram que o IE não teria condições de disponibilizar serviços de secretaria para dar suporte à residência.

Atualmente, vive-se um novo período de reestruturação da residência, no qual se observa a necessidade de atualizar o projeto político pedagógico existente, especialmente no que tange às atividades práticas que são ofertadas atualmente, devido à falta de preceptoria para orientar atividades práticas em vários ambientes do HU e também devido

⁴ Ata 12/2015 do Conselho de Instituto de Educação.

⁵ Ata 02/2017 COREMU.

⁶ Ata 53/2017 do Conselho do Instituto de Educação.

ao número limitado de tutores envolvidos com a residência, o que fez com que a atual gestão tenha em mãos esse grande desafio de tentar dar um novo norte, ou quem sabe, retomar os trilhos de uma jornada promissora iniciada há nove anos.

Nesse processo de reestruturação, já foi feita uma pactuação com o serviço de infectologia, um setor de referência do HU-FURG, para que esse passe a compor o rol de atividades práticas dos residentes, tendo sido aceita essa pactuação por ambos os lados. Cabe destacar, que foi montada uma comissão para elaboração dessa reestruturação, composta por representações discentes, preceptores, docentes e gestores que, além do novo olhar sobre o projeto, já elaborou uma nova proposta de avaliação dos residentes e novos direcionamentos estão tentando suprir lacunas que estavam abertas no projeto anterior.

Um pouco sobre os atores

Atualmente, a RIMHAS tem diversos profissionais compartilhando saberes com os residentes, sejam professores da universidade, sejam preceptores lotados na universidade ou na rede EBSEH. Neste momento, a RIMHAS conta com 15 preceptores de diversas áreas e com sete professores de quatro institutos distintos da universidade, informações apresentadas no Quadro 1 e no Quadro 2.

QUADRO 1 – Distribuição de preceptores por área de atuação na RIMHAS, número de preceptores por setor de preceptoria e ano da residência no qual desenvolvem as atividades (n=15)

Área	Número de preceptores	Número de preceptores por setor que desenvolvem preceptoria	Para que anos da RIMHAS desenvolvem atividades
Educação Física	3	Clínica Médica = 2 preceptores	1º ano
		Ambulatório de educação física/centro de reabilitação física = 1 preceptora	2º ano
Enfermagem	3	Clínica Médica = 2 preceptores	1º ano
		Ambulatório de Enfermagem/Centro Integrado de Diabetes = 1 preceptora	2º ano
Psicologia	4	Clínica Médica = 2 preceptoras	1º ano
		Ambulatório de Enfermagem/Centro Integrado de Diabetes = 2 preceptoras	2º ano
Medicina	5	Clínica médica = 2 preceptores	1º ano
		Ambulatório de endocrinologia = 1 preceptora	1º ano
		Ambulatório de cardiologia = 1 preceptora	2º ano
		Ambulatório de cardiologia/avaliação cardiorrespiratória no serviço de ergometria = 1 preceptor	2º ano

FONTE: Gerência de ensino e pesquisa do HU

Com relação aos preceptores, cabe destacar que, a partir de 2015, quando o HU-FURG aderiu à rede EBSEH e, especialmente, após o primeiro concurso, em 2016 (<http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg/nossa-historia>), chegaram inúmeros profissionais qualificados com interesse em compor e contribuir com a RIMHAS. Não menos importante, destaca-se que alguns preceptores de campo que compunham a residência passaram a atuar na gestão de ensino e pesquisa do hospital (GEP); com a chegada da rede, fato que contribui para facilitar o contato da gestão da RIMHAS com diversos profissionais do HU, por conhecerem a residência e suas demandas.

Salienta-se, também, o quanto foi significativo para a retomada da RIMHAS o ICHI e o IE terem assumido a lotação da residência para manutenção de suas atividades. Também, foi importante a ação do ICHI e da EEnf, através dos cursos de Psicologia e Enfermagem, por terem cedido professoras recentemente empossadas, na universidade, para desenvolver atividades na RIMHAS, assim como o ICB, que, mesmo não fazendo parte dos institutos que compartilham a lotação da residência, cedeu duas professoras que atuam junto ao IE para fortalecer o grupo, com o intuito de melhorar a formação dos residentes (Quadro 2).

QUADRO 2 – Distribuição dos docentes/tutores por área de formação, institutos aos quais pertencem na FURG, ano de ingresso na FURG e na residência e atividades desenvolvidas na RIMHAS (n=7)

Área na RIMHAS	Instituto da FURG	Ano de Ingresso Universidade e RIMHAS	Atividades desenvolvidas na RIMHAS
Educação física	Instituto de Educação (IE)	2013/2013 – 2018*	Coordenação; docência, tutoria; orientações, membro NDE, membro COREMU, organização dos processos seletivos
	Instituto de Ciências Biológicas (ICB)/IE**	2014/2019	Coordenação adjunta; docência, tutoria; orientações, membro NDE, membro COREMU, organização dos processos seletivos
		2019/2019	Docência, tutoria, prováveis orientações, organização dos processos seletivos
Enfermagem	Escola de Enfermagem (EEnf)	2011/2014	Docência, tutoria, orientações, organização dos processos seletivos
		2019/2019	Docência, tutoria, orientações, organização dos processos seletivos
Psicologia	Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI)	2016/2019	Coordenação; docência, tutoria; orientações, membro NDE, membro COREMU, organização dos processos seletivos [#]
		2020/2020 ^{##}	Docência, tutoria, orientações, organização dos processos seletivos

FONTE: Comissão de residências Multiprofissionais em saúde da FURG (COREMU)

* Em 2014, teve afastamento para qualificação docente e retornou em 2018, quando assumiu a coordenação;

**Cedidas pelo ICB para desenvolver atividades junto ao IE e, conseqüentemente, à RIMHAS;

#Atividade de coordenação, NDE e COREMU pela outra residência multiprofissional em saúde da FURG;

##Teve seu processo de afastamento aprovado para o pós-doutoramento no segundo semestre do ano de 2020.

No que diz respeito aos residentes, um total de 54 foram matriculados nesse programa no decorrer desses quase 10 anos de existência, 18 de cada uma das áreas que a compõem. Esses residentes concluíram sua formação, trancaram suas atividades ou estão com elas em andamento⁷, detalhes apresentados na Figura 1. Do total de matriculados no período, 35 concluíram a residência; desses, 26 são oriundos de universidades públicas (11, da educação física; 11, da enfermagem e 04, da psicologia).

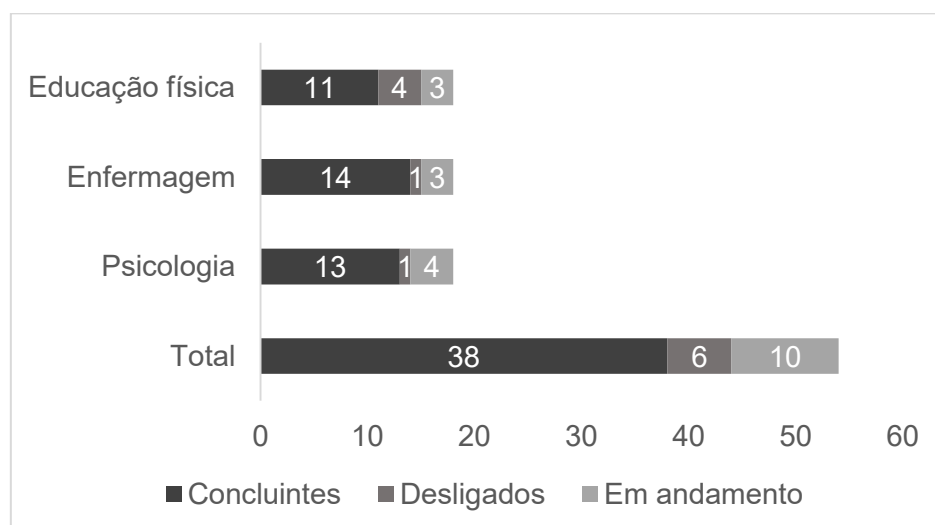
Cabe destacar que, anualmente, são ofertadas duas vagas por área, que sempre foram preenchidas de forma regular. A partir do edital 01/2019, o programa passou a atender a Instrução normativa Nº 04/2019, que dispõe sobre a seleção de estudantes às vagas do Programa de Ações Afirmativas para negros (pretos e pardos), indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência nos cursos de Pós-Graduação lato sensu e stricto sensu, da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

De acordo com informações disponíveis no Sistema de Inscrições dos Cursos de Pós-graduação da FURG (SIPOSG), do edital 01/2014, para o ingresso no ano de 2015, até o edital 01/2020, para ingresso no ano de 2021, em média, $34,5 \pm 14,9$ candidatos ($n = 207$) já concorreram às vagas disponibilizadas pela RIMHAS no período (83, da psicologia; 73, da enfermagem e 48 da educação física). Nesses seis editais que ocorreram no período reportado, aproximadamente, sete candidatos por vaga têm concorrido na área de psicologia, seis na área de enfermagem e quatro na de educação física.

Salientamos que não houve edital em 2016, o que iremos abordar mais adiante. Em 2019, houve um edital para preenchimento de vagas remanescentes da educação física e, em 2020, o edital ocorreu totalmente de forma remota.

⁷ Informações obtidas a partir da secretaria da COREMU-FURG.

FIGURA 1 – Apresenta o número de residentes que concluíram, foram desligados ou estão com a residência em andamento, distribuídos por área, no total de (n=54)



FONTE: Comissão de residências Multiprofissionais em saúde da FURG (COREMU)

Com relação à formação inicial desses residentes, a grande maioria dos que procuraram a formação nesta residência é oriunda de universidades públicas e privadas da região Sul do Rio Grande do Sul, entre elas, FURG, Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), Universidade Católica de Pelotas (UCPeI) e Anhanguera (Rio Grande e Pelotas), sendo que, aproximadamente, 70,1% são oriundos da FURG e da UFPeI (n=38)⁸. A Tabela 1 apresenta essas informações em detalhes.

TABELA 1 – Residentes que ingressaram na RIMHAS por área, as universidades onde fizeram sua formação inicial em número e percentual, de 2010 até 2020 (n=54)

Área	Universidade da formação inicial	N (%)
Educação física	UFPeI	9 (50,0)
	FURG	8 (44,4)
	UFSM	1 (5,6)
Enfermagem	FURG	9 (50,0)
	UFPeI	4 (22,1)
	UCPeI	2 (11,1)
	URGS	1 (5,6)
	UFSM	1 (5,6)
	UNICS	1 (5,6)
Psicologia	FURG	7 (38,8)
	Anhanguera	3 (16,6)
	UCPeI	3 (16,6)
	UFPeI	1 (5,6)
	PUC	1 (5,6)
	UFN	1 (5,6)
	URCAMP	1 (5,6)
	URI	1 (5,6)
Total (54)	FURG	24 (44,4)
	UFPeI	14 (25,9)

⁸ Informações obtidas a partir da secretaria da COREMU-FURG.

UCPel	5 (9,3)
Anhanguera	3 (5,6)
UFSM	2 (3,7)
URGS	1 (1,9)
UNICS	1 (1,9)
PUC	1 (1,9)
UFN	1 (1,9)
URCAMP	1 (1,9)
URI	1 (1,9)

FONTE: Comissão de residências Multiprofissionais em saúde da FURG (COREMU)

FURG: Universidade Federal do Rio Grande; UFPel: Universidade Federal de Pelotas; UCPel: Universidade Católica de Pelotas; URCAMP: Universidade da Região da Campanha; UFSM: Universidade Federal de Santa Maria; URGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; UFN: Universidade Franciscana; UNICS: Centro Católico do Sudoeste do Paraná; PUC: Pontifícia Universidade Católica; URI: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Tensionamentos na RIMHAS

Uma dificuldade aparente dos docentes que atuam na RIMHAS parece ser a possibilidade de destinar mais tempo para as atividades da residência. Geralmente, são sobrecarregados por estarem quase sempre presentes em todas as representações (NDAE, COREMU, gestão das residências, docência, orientações, entre outras atribuições com diversas reuniões). Aliado às demandas da RIMHAS, vêm as atividades da graduação que permanecem inalteradas, assim, os docentes acumulam aulas na graduação, reuniões de curso e de institutos e, em alguns casos, participação em representações dos próprios cursos (colegiados, NDEs) e em outras atividades da universidade, como, por exemplo, a participação em conselhos universitários, comitê de ética em pesquisa e em outros programas de pós-graduação, que acabam sobrecarregando muito os docentes, especialmente, pela alta demanda burocrática e pelo pouco tempo para se envolver com a formação teórica dos residentes.

Em partes, o presente trabalho vai ao encontro do estudo de Silva e Natal (2019). Neste, os entrevistados dos autores relatam que os tutores que atuam em uma residência hospitalar vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, têm dificuldades de interação com os residentes, com os preceptores e com o cotidiano do programa, uma vez que as horas disponibilizadas a eles, para atuar no programa, são insuficientes. Os docentes não são exclusivos do programa, e observa-se uma baixa adesão dos departamentos em cederem profissionais para a função de tutor. Ainda, segundo o estudo desses autores, o que parece mais grave é que o quadro de professores é insuficiente e há necessidade de participação em atividades no âmbito da graduação e em outros cursos de pós-graduação, fato semelhante ao que ocorre na residência, aqui, analisada.

Ainda, corroborando com as afirmações acima, Knuth e Corrêa (2019), em ensaio que procurou descrever a experiência universitária em hospedar, coordenar e atuar em dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FURG, apontam a sobrecarga de trabalho sobre diversos docentes dos programas de residência da universidade. Os autores

verificaram que um dos principais entraves para a consolidação dos sentidos das residências passa pelo pouco envolvimento de docentes da universidade com os programas.

Também, percebe-se a angústia de alguns docentes por não poderem se envolver tanto com a pesquisa científica, pois essa atividade não é prioritária para a residência. Ao se considerar a limitada carga horária destinada aos residentes para esse tipo de atividade, quando comparada com a carga horária destinada às atividades práticas (80%), nota-se que tal fator leva alguns docentes a optarem por deixar de atuar na RIMHAS para atuar em programas de mestrado e doutorado da universidade, uma vez que esses programas proporcionarão maiores frutos de produção científica.

Com relação à gestão, alguns fatores políticos tornam-se obstáculos, como a relação Universidade academia/Universidade instituição hospital, pois a residência é um curso de pós-graduação da FURG, com atuação no HU-FURG. No entanto, a gestão da residência tem ingerência sobre as atividades práticas do hospital. Há muita dificuldade dos gestores da RIMHAS em visualizar, presencialmente, as atividades práticas dos residentes, pois esses gestores ficam muito tempo no câmpus da Universidade para permanência e desenvolvimento das atividades que não correspondem à residência (graduação, orientações, reuniões de Instituto e outras comissões), sendo que há uma distância física de, aproximadamente, 10 km entre o câmpus da FURG e o HU, aliado a isso, a residência ainda não tem uma sala para a gestores no HU. Logo, muitas atividades dos residentes poderiam ser mais bem supervisionadas e entendidas em seu contexto, se houvesse uma proximidade maior e mais tempo disponível por parte dos gestores para o programa de residência.

Nessa perspectiva, há uma identificação com as palavras de Dallegrave e Kruse (2009), quando relatam perceber discursos quase que exclusivos da categoria médica contra a proposta de residências multiprofissionais em saúde para manter o poder da corporação. E aqueles que falam a favor das residências têm uma representação ancorada no discurso da integralidade, da multiprofissionalidade (vista como sinônimo de massa amorfa), do trabalho em equipe (que insiste em afirmar a chefia de alguém que sempre deve ser o médico) e do SUS (como laboratório de experimentação, lugar para aprender e não se comprometer) – (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Ainda no sentido de percepção do isolamento da RIMHAS do ambiente hospital, há identificação, também, com a fala de Haubrich *et al* (2015), quando percebem que atores distintos como os representantes das corporações profissionais que buscam imprimir, na institucionalidade e na conformação das Residências, o “especialismo” e a regulação tradicional da Residência Médica, delimitando saberes e reservando o lugar do ensino às

instituições de ensino superior, retirando o componente educação dos serviços e das práticas em saúde.

Porém, de todas as dificuldades que foram passadas e são vivenciadas, talvez, a pior tenha sido a eminência de encerramento das atividades da RIMHAS que precedeu às discussões sobre a troca de lotação no ano de 2017, tanto que não houve seleção de novos residentes no ano de 2016 para esta residência, conseqüentemente, não houve residentes ingressantes no ano de 2017, tendo o processo seletivo retornado, apenas, ao final desse mesmo ano, quando foi publicado o edital 01/2017 para ingresso em 2018 e, a partir de então, retomaram-se os processos seletivos normalmente.

Embora todos esses aspectos sociais, pessoais/profissionais e políticos tenham afetado e venham afetando a RIMHAS e modificando seu panorama, percebeu-se um avanço deste programa de residência a partir de alguns aspectos: 1) aceite do IE e do ICHI de assumir a lotação da residência de forma compartilhada; 2) criação das disciplinas de núcleo comum; 3) chegada de professores qualificados para trabalhar, mesmo que, sendo poucos, os que chegaram têm contribuído, diretamente, para a melhoria do programa; 4) chegada de mais profissionais preceptores, via rede EBSERH, favorecendo o acompanhamento dos residentes nos campos de atuação e 5) pactuação com novos setores do hospital para ampliar a formação dos residentes. Desse modo, é possível afirmar que a soma desses fatores tem contribuído, diretamente, para o fortalecimento da RIMHAS, o que reflete, também, na melhoria do cuidado ao usuário do SUS.

Assim, nos reportamos, novamente, ao texto de Harari (2018) para afirmar que, por mais que nos desesperemos, devemos manter a nossa esperança, por maiores que sejam os desafios, mantendo nossos temores sob controle e, com humildade, podemos seguir o caminho correto e avançar em direção a um futuro próximo, ofertando formação de qualidade para os profissionais de saúde que procurarem se especializar nesta área de residência.

Referências

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM). **Resolução nº5**. Brasília: MS, 2014.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.28, 2009.

HARARI, Yuval Noah. **21 lições para o século 21**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2018.

HAUBRICH, Paula Lopes Gomide; SILVA, Cristiane Trivisoli; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em

saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, 2015.

KNUTH, Alan; CORRÊA, Leandro Quadro. Experiência e sentidos da educação física em residências multiprofissionais no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, suppl. 1, 2019.

LARROSA, Jorge. O ensaio e a escrita acadêmica. **Educação & Realidade**, v. 28, n. 2, 2003.

OLIVEIRA, Stella Minasi; ROCHA, Laurelize Pereira. **Residência multiprofissional hospitalar com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto**. In.: Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde [recurso eletrônico] / Alan Goularte Knuth, Ceres Braga Arejano, Sibeles da Rocha Martins, Organizadores. – Dados eletrônicos – Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2017.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM ÊNFASE NA ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO – RIMHAS – HU/FURG. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Julho. 2012. 69p.

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sônia. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Trabalho, **Educação e Saúde**, v.17, n. 3, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - HOSPITAL UNIVERSITARIO. **Nossa História**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg/nossa-historia>. Acesso em: 10/06/2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-PROPESP. Instrução normativa Nº 04/2019 que dispõe sobre a seleção de estudantes às vagas do Programa de Ações Afirmativas para negros (pretos e pardos), indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência nos cursos de Pós-Graduação lato sensu e stricto sensu da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Disponível em: https://propesp.furg.br/images/arquivos_propesp/diposg/legislacao/IN_042019_-_verso_final.pdf. Acesso em: 06/07/2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - SISTEMA DE INSCRIÇÕES DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FURG (SIPOSG). Disponível em: <https://siposg.furg.br/curso/987>. Acesso em: 06/07/2021.

AS REALIDADES GERENCIAIS ALIADAS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ARTICULAÇÃO COM A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Renata Tarouco Manke

Suelen da Cunha Dias

No Brasil, o Programa Saúde da Família, criado e implantado em 1994, é uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro por meio do sistema de referência e contrarreferência da Rede de Atenção à Saúde. O Programa articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, na priorização da família em seu território, no acolhimento, no vínculo, nas ações de prevenção e de promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e da reabilitação. (GARUZI, 2014).

Fomentado, inicialmente, como Programa, passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia, pois não existe um início, meio e fim, conforme o nome antigo remetia, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como objetivo uma mudança no modelo de atenção à saúde, uma reestruturação do sistema, além de englobar os princípios e diretrizes da universalização, descentralização, integralidade e participação popular, os quais constituem a base do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

A Equipe de Saúde em Família é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS). Algumas contam com odontólogo e auxiliar de saúde bucal. Há, ainda, 6 equipes Multiprofissionais, (anteriormente, denominadas, pela Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), compostas por Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Psicólogos, Nutricionistas e Assistentes Sociais (BRASIL, 2017). Com a nova Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019, foram renovadas as definições de nomenclatura, parâmetros e dos custos dessas equipes multiprofissionais. Ficou

estabelecido que o gestor municipal tem autonomia para formar as equipes de acordo com a profissão, a carga horária e os arranjos de profissionais, podendo cadastrá-las, diretamente, nas equipes de Saúde da Família, ou, como grande modificação, nas Equipes de Atenção Primária (EAP), além de optar por vincular ou não a determinadas unidades (BRASIL, 2019a).

No município de Rio Grande, atualmente, possuímos 33 unidades de saúde, as quais desempenham ações da APS; dessas, possuímos 30 unidades que são USF, comportando 41 equipes de ESF, homologadas pelo MS, que atendem a 95.544 pessoas cadastradas, o que representa uma cobertura de serviços prestados pela ESF em 58% da população municipal, compostas por 185 Agentes Comunitários de Saúde, 51 Médicos, 61 Enfermeiros, 40 Técnicos de Enfermagem e 33 Auxiliares de Enfermagem (BRASIL, 2021).

A parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) ocorre desde o ano de 2010, auxiliando no atendimento à população. Ao ingressarem no curso, os profissionais residentes podem ir para uma unidade com uma ou mais equipes. Os profissionais da unidade, ao receberem, pela primeira vez, os residentes da RMSF, encontram um primeiro desafio, que é determinar o seu lugar na equipe, pois são profissionais que estão em formação, o que, muitas vezes, delimitou precauções e ocasionou questionamentos, “se é profissional, então, assume por completo o papel de sua formação na equipe? ou “devemos vê-lo como estagiário? Sem autonomia?” Tais questões vinham, principalmente, dos ACS que têm um importante papel, visto que estão diretamente relacionados com a comunidade e mantêm vínculo estreito com os usuários da unidade; eles participam e incentivam a relação comunidade-equipe.

Nesse sentido, entendemos a importância em fazer um preparo das equipes para acolher o grupo, explicando a função e o objetivo desses profissionais residentes na unidade. Com isso, tem-se observado melhora nas relações, na receptividade da residência e na compreensão da formação no trabalho. Com o tempo, a troca de saberes, a atuação junto à comunidade acentua a interação e a agregação dos residentes na equipe, sendo que a construção dessa relação é feita, diariamente, com as pequenas ações e atuações, cujo preceptor é o ator principal dessa relação.

Quanto às unidades de saúde para recebimento dos alunos da Residência Multiprofissional, hoje, se encontram alocados, na USF CAIC e USF, Vera Regina de Freitas Theodoro (USF São Miguel II); os critérios utilizados para escolha dos locais estão correlacionados com a localização geográfica, espaço físico da unidade de saúde, além das características profissionais, pessoais e de qualificação dos preceptores.

A Residência Multiprofissional, em Saúde da Família, apresenta muitos desafios para equipe e para a comunidade adstrita. O modelo de atenção à saúde baseia-se em manter o vínculo com o indivíduo e sua família no decorrer de todo seu ciclo evolutivo, mantendo o

foco na qualidade de vida, na promoção e na prevenção de doenças e agravos na comunidade. Todavia, a permanência do residente, na unidade, restringe-se a dois anos, sendo que, no segundo ano, devido ao seu período de vivências, permanece menos tempo na unidade. Essa delimitação possibilita uma experiência restrita no tempo, porém não menos importante, pois o aluno consegue acompanhar os diferentes ciclos em diferentes indivíduos, fortalecendo seu conhecimento no coletivo. As discussões semanais, nas reuniões de equipe, nos rodões administrativos ou nas rodas de núcleo, que ocorrem entre todos os atores da residência, possibilitam debater sobre as necessidades dos profissionais, das equipes e da comunidade. A partir disso, os profissionais residentes ajudam a desenvolver e aprimorar novas técnicas no manejo dos usuários portadores de doenças crônicas ou dos grupos de risco, bem como os aperfeiçoamentos dos profissionais de acordo com as suas necessidades.

Ao estarem no segundo ano da residência, os profissionais residentes podem optar por realizarem vivências em locais de seu interesse dentro do contexto da Saúde da Família. Com isso, retornam para a unidade com uma visão de outro aspecto da Rede de Atenção à Saúde, qualificando o saber-fazer. As vivências realizadas, na gestão, ampliam o olhar sobre o gerenciamento da saúde no município, partindo de uma visão local, para compreender a realidade e os desafios enfrentados na saúde, sejam eles econômicos, sejam políticos.

O trabalho, nas Unidades de Saúde em Família, tem sido marcado, atualmente, pelo Sistema de Acolhimento por Classificação de Risco, modelo que visa organizar o atendimento por prioridade e por agravo à saúde e não mais por ordem de chegada ou com limitação de fichas, como era realizado na maioria das unidades até 2018.

Esse modelo de atendimento consiste em acolher, classificar, ou agendar atendimento posterior, atendendo a ele. Tal implantação desafia a equipe de enfermagem, bem como os demais profissionais da unidade, a estabelecer uma estratégia de informação à comunidade e de ampliação dos conhecimentos, objetivando oferecer um serviço de maior qualidade aos usuários. A alta demanda se tornou evidente, sendo responsável pela maioria das dificuldades em desempenhar um bom atendimento nas portas de entrada do SUS.

A Saúde da Família foi implantada com base no cumprimento de metas de agendas, realização de grupos, atividades do Programa Saúde na Escola e diversas ações que passaram a ser reorganizadas. Assim, as unidades de saúde que têm a residência puderam contribuir na implantação do acolhimento, além de conseguir manter a organização das agendas. Foi possível realizar a busca de outros modelos usados em municípios que já tinham a demanda espontânea de atendimento, com vistas a atingir uma melhor qualidade da avaliação dos pacientes que usam o serviço da ESF, sendo por urgência, emergência ou agendamento.

Dessa forma, ter a RMSF presente, neste momento de mudanças, nas unidades, possibilitou discussões construtivas do modelo de acolhimento bem como sobre o que vem sendo aprimorado para a sua efetiva implantação, pautada em protocolos, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, o que garante um melhor atendimento e organização no trabalho da equipe, bem como os encaminhamentos aos serviços de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência.

Segundo Arruda *et al* (2018), a estrutura e a condução político-pedagógica do programa de RMSF funciona como suporte às inovações advindas da colaboração interprofissional. Segundo os autores, a colaboração acontece de variadas formas, dependendo do município de lotação, do ano da residência, da dedicação que os residentes têm ao programa, das relações interpessoais, dos mecanismos de comunicação utilizados, entre outros fatores. Outro aspecto relevante é o papel do preceptor no contexto dessa formação e sua habilidade em conduzir os aspectos relacionais da prática colaborativa.

O trabalho do preceptor enfermeiro, neste momento, profissão que ocupa o papel de coordenador das Unidades de Saúde em Família, no município de Rio Grande, consiste em estar sempre atento para que os residentes realmente desenvolvam ações de formação, bem como preservar o território do profissional residente, seja de aprendizado, seja de contribuições para a comunidade para a qual trabalha.

Os Trabalhos de Conclusão de Residência apresentaram, nos últimos anos, pesquisas com resultados valiosos, tal como o estudo da comunidade, do território, de educação permanente, a implantação de grupos e de rotinas para pacientes portadores de doenças crônicas, enriquecendo a promoção de saúde, além de discussões e de avaliações sobre reformulações necessárias para a melhoria da qualidade de trabalho das equipes das unidades.

A Gestão da Estratégia Saúde em Família, do município de Rio Grande, compreende que, para obter uma APS forte, resolutiva e norteadora das redes de atenção em Saúde, é preciso contar com profissional capacitado para o enfrentamento das vicissitudes diárias. Nesse sentido, é importante mencionar que, para alcançar os atributos da APS, importantes e responsáveis por potencializar o SUS, é necessário utilizar métodos inovadores gerenciais, de comunicação e tecnologias assistenciais (TASCA *et al*, 2020).

Nesse enfoque e com a preocupação de um SUS mais resolutivo para os usuários, o Ministério da Saúde, recentemente, modificou a portaria de financiamento da APS, através da Portaria 2.979 que:

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2019a, online).

No que tange sobre o assunto referido, cabe ressaltar que essa nova modalidade de financiamento incentiva os gestores municipais a promover campos de estudo qualificados para atuação e para formação de residências multiprofissionais. Com o propósito de incentivar a formação de mais profissionais que atuem nas Unidades de Saúde em Família, fortalecendo o SUS, o Ministério da Saúde propõe modalidade de ações estratégicas em substituição do PAB Variável, ficando o gestor livre para decidir o emprego desse repasse financeiro dentro do serviço público (BRASIL, 2020).

A Portaria 3.510, de 18 de dezembro de 2019, descrita a seguir:

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019b).

Consideram-se, como profissão regulamentada pela Portaria, acima descrita, Enfermeiros, Médicos e Dentistas que estejam cursando o primeiro ou o segundo ano do programa de residência nas modalidades uniprofissional ou multiprofissional em Atenção Primária à Saúde ou Saúde da Família. Cabe ressaltar que fica definida a necessidade de estarem habilitados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, regulado na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2019b).

Os valores repassados, fundo a fundo, previsto para o município de Rio Grande, compreende:

“V – R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e um enfermeiro em formação; VI - R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico em formação; VIII - R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um enfermeiro em formação (BRASIL, 2019b, online)”.

Esse modelo de financiamento da APS é bastante polêmico, contudo diversos órgãos diretivos apoiaram, ativamente, a divulgação do entendimento por entes federativos e municípios e dela participaram. É possível citar a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) (HARZHEIM, 2020).

A diversidade de estudos e pesquisas, na APS brasileira, se difunde em território brasileiro, tendo em vista o cenário rico e repleto de vivências e saberes. O ensino, a pesquisa e a gestão, tão difundidos no âmbito da atenção à saúde, estão imersos em cenários desafiadores, enfrentando problemáticas diárias, muitas vezes, repletas de

ameaças e dificuldades. Trabalho recente apresentado, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no Brasil, propôs o projeto “APS Forte”, integrante da Agenda OPAS “30 anos de SUS, que SUS para 2030?” (OPAS, 2018).

O município do Rio Grande é favorecido, pois ter Instituição de Ensino Superior proporciona, há algum tempo, turmas de Residência Multiprofissional, que qualificam a APS frente à constante troca de saberes entre os atores da rede pública e os profissionais residentes. Essa vivência já contribuiu para modificar diversos cenários das equipes de ESF.

Recentemente, diante do enfrentamento da Pandemia do COVID-19, essas turmas de residência estão auxiliando as equipes a vivenciarem e a enfrentarem essa triste realidade, sem perspectiva de fim, com mais força, otimização do trabalho, menor ansiedade diante do desconhecimento de algo novo no mundo todo. A residência tem promovido ações com a comunidade de modo virtual, através de grupos no *whatsapp*, divulgação do trabalho nas redes sociais e das agendas mantidas, bem como ações em saúde com as equipes.

O fortalecimento da ESF, com enfoque comunitário e territorial, apresenta importante papel frente ao cuidado assistencial prestado aos usuários do SUS, sendo imprescindível a abordagem e o acolhimento da comunidade, tão necessários para modificar a presente situação vivenciada por todos nós, como porta de entrada da rede (ABRASCO, 2020).

Referências

ABRASCO. **Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 – Posicionamento da Rede APS**. 5 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/fortalecer-a-estrategia-saude-da-familia-no-enfrentamento-da-covid-19/47785/>. Acessado em: 13 junho 2020.

ARRUDA G. M. S *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Acessado em: 13 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova 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), 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em: 12 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019a. Acessado em: 12 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.510-de-18-de-dezembro-de-2019-234334325>. Acesso em: 13 junho. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Residência para atenção primária é com a SAPS**. SAPS, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6876>. Acessado em: 12 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-gestor: relatórios públicos, financiamento APS**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/detCapitacao.xhtml>. Acessado em 06 de julho de 2021.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144–9, 2014.

TASCA, R *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, v; 44, e:4, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/>. Acessado em: 13 junho 2020.

HARZHEIM, E. PREVINE BRASIL: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401189&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#aff1. Acessado em: 13 junho 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>. Acessado em: 13 junho 2020.

**O GRUPO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA DOS ECOSISTEMAS COSTEIROS E
MARÍTIMOS (GESCEM) NA ARTICULAÇÃO ENTRE A GRADUAÇÃO E AS
RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE (RMS)**

Geruza Tavares D'Avila
Ceres Braga Arejano
Alan Goularte Knuth
Daniele Ferreira Acosta
Rita de Cássia Maciazeki Gomes

*“É preciso amor pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir” Almir Sater.*

A inspiração, para escrever o presente capítulo, vem da parceria com os colegas que, há algum tempo, vem estruturando o caminho para uma formação voltada à Saúde Coletiva no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, em que todos nós somos trabalhadores. Tal vontade de estar junto com pessoas que compartilham interesses e projetos de vida semelhantes possibilitou a criação do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM), ao longo do segundo semestre de 2018⁹. Assim sendo, neste capítulo, problematizamos a articulação entre algumas atividades da graduação e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), na FURG, mais especificamente, nos cursos onde desenvolvemos atividades como docentes.

Cabe mencionar que a escrita deste capítulo ocorre em meio a uma pandemia, cujos impactos ainda são incalculáveis na saúde da população, que, ao mesmo tempo, reforçam a importância do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da formação de profissionais para nele trabalhar, inclusive outros docentes, seguindo alguns questionamentos apontados por Knuth (2017), no livro que antecede a este que escrevemos agora (KNUTH, AREJANO, MARTINS, 2017).

Colocamos nossas discussões partindo de uma breve apresentação sobre a organização dos cursos de graduação de Educação Física, Psicologia e Enfermagem da Universidade e, em seguida, discutiremos suas articulações com os programas de RMS – a Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (RIMHAS) e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família

9 O Regimento do GESCEM pode ser visualizado no site do curso de Psicologia da Furg: https://psicologia.furg.br/images/GESCEM_Regimento_Laboratorio.pdf

(RMSF). Ao final do texto, apontamos algumas propostas para ampliar as relações entre as três formações e as residências.

A formação nos diferentes cursos

Antes de adentrar aos aspectos de articulação graduação e aos Programas de RMS, cabe uma breve caracterização dos cursos de graduação em que trabalhamos e que constituem profissões nas residências multiprofissionais. Apresentaremos uma caracterização de cada um desses cursos, mostrando que, mesmo sendo formações consideradas como áreas da saúde, nos Programas de RMS, estão vinculadas a diferentes institutos na organização da Universidade.

O primeiro curso que apresentamos é o de Educação Física, vinculado ao Instituto de Educação (IE), e criado, em 2005, como curso de Licenciatura com ingresso anual, oferecendo 30 vagas, com atividades concentradas no período noturno (FURG, 2005).

Na contramão da divisão da Educação Física em duas no Brasil, expressa em cursos de bacharelado e licenciatura, a experiência da FURG, até o momento, tem sido de sustentar-se na manutenção do currículo proposto, no qual a formação em licenciatura garante aos egressos a atuação em espaços que necessitem da intervenção de um Professor de Educação Física, seja no âmbito escolar, seja não escolar. Em 2019, a FURG emitiu a Instrução Normativa nº 01/2019, apostilando os diplomas dos egressos para garantir a atuação em qualquer âmbito que necessite a presença da Educação Física (<https://www.furg.br/avisos/apostilamento-dos-licenciados-do-curso-de-educacao-fisica>), buscando consolidar a autonomia universitária e amenizar as pressões corporativas e de mercado que constroem profissionais de Educação Física. Nesse sentido, no âmbito das RMS, da FURG, tanto o egresso da licenciatura como do bacharelado em Educação Física, poderão atuar como residentes nessa área.

Tendo a corporeidade e o movimento humano como temas problematizadores, a formação tem um aprofundamento na atuação escolar, e essa sinalização é importante para o capítulo, pois os graduandos são incentivados a realizar um estágio curricular em ambiente não escolar e outros três em educação infantil e anos iniciais, anos finais do Ensino fundamental e Ensino médio e superior. Antes das disciplinas de estágio, os graduandos frequentam quatro disciplinas de pré-estágio em que se inserem, analisam, planejam, experimentam e avaliam atividades docentes em que a Educação Física está presente. É importante definir, também, a presença das demais disciplinas curriculares, cujo tema saúde está presente, e a necessidade de defesa de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), algo não obrigatoriamente vinculado à maior experiência escolar anteriormente descrita.

Com bastante brevidade, este é um panorama sobre o curso em funcionamento na FURG. É importante destacar as experiências não curriculares que um graduando pode vivenciar. Aquilo que não está previsto no esqueleto de uma grade curricular ou no texto frio de um Projeto Político Pedagógico (PPP) configura-se fundamental para alguns estudantes. Também, é importante o registro que há, em curso, um ciclo avaliativo sobre o currículo até hoje implementado. No ano de 2019, o curso de Educação Física chegou a uma nova proposta curricular que foi pausada em função da publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Educação Física no Brasil, algo que impactará, ainda de forma desconhecida, a formação, a carga horária, a compreensão e os rumos sobre o curso e a área como um todo.

Assim como a Educação Física, a área de Psicologia, também, vem discutindo a revisão das DCNs para os cursos de graduação em Psicologia. O curso de Psicologia da FURG, localizado no Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI), oferece 35 vagas, anualmente, para a modalidade bacharelado; em breve, o curso deverá discutir a revisão de seu PPP (FURG, 2012a) e a possibilidade de ofertar uma formação de professores¹⁰ nos moldes sugeridos pelo Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) - Câmara de Educação Superior (CES) nº 1071 (BRASIL, 2019). Assim como o curso de Educação Física, a graduação em Psicologia da FURG, também, é recente, tendo iniciado suas atividades em 2006. O primeiro PPP (FURG, 2007) sofreu modificações em função da atualização das DCNs no ano de 2011, tendo sido elaborada uma segunda versão (FURG, 2012a), seguida de uma alteração curricular em 2017 (FURG, 2017).

Apesar das mudanças apontadas, os eixos estruturantes do curso de Psicologia permanecem tal como formulados na primeira versão do PPP e estão pautados em “Fundamentos epistemológicos e históricos”, “Fundamentos teórico-metodológicos”, “Procedimentos para a investigação científica e a prática profissional”, “Fenômenos e processos psicológicos”, “Interfaces com campos afins do conhecimento” e, finalmente, as “Práticas Profissionais”. Esses eixos conformam várias atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, além dos estágios curriculares propostos. Conforme a alteração curricular de 2017 (FURG, 2017), os estudantes possuem duas ênfases para a realização de seus estágios obrigatórios: o estágio em Psicologia Social, desenvolvido ao longo do quarto ano de formação e o estágio em Psicologia Clínica e da Saúde a ser desenvolvido no último ano do curso, especialmente, no âmbito do Centro de Atenção Psicológica (CAP) do curso, nosso serviço-escola.

No estágio em Psicologia Social, os campos de práticas estão voltados para a atuação nos dispositivos operadores das políticas públicas de saúde, educação, assistência

10 Alguns cursos de Psicologia continuaram ofertando a modalidade Licenciatura em Psicologia ao longo dos anos, muitas vezes, ocorrendo, de forma complementar, à modalidade Bacharelado.

social. Também, é importante mencionar uma das últimas atividades do curso, a realização de um TCC, iniciado com a escrita de um projeto e desenvolvido ao longo do último ano do curso. Assim como na Educação Física, nem sempre as atividades do estágio curricular configuram-se como temáticas dos TCCs. Cabe, ainda, apontar que, no ano de 2019, tiveram início as atividades do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi) da FURG.

O PPGpsi tem como objetivo formar docentes, pesquisadores e gestores capazes de promover o avanço do conhecimento das linhas de pesquisa – “Psicologia Comunitária e Processos Psicossociais” e “Promoção, Cuidado e Intervenção em Saúde”, propor soluções inovadoras frente aos desafios contemporâneos e executar ações, sem perder de vista a complexidade do comportamento humano, o diálogo interdisciplinar e o comprometimento com o desenvolvimento social e comunitário (FURG, 2019)¹¹. A criação dessas duas linhas de pesquisa está associada ao histórico do curso e às ênfases desenvolvidas na graduação em Psicologia, como também à inserção de alguns dos docentes nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

Finalmente, o curso de Enfermagem da FURG é o mais antigo dos três descritos neste capítulo. Segundo o PPP (2012b), o início de suas atividades ocorreu em 1976, e seu reconhecimento em 1979. Além disso, desde 2008, o curso de Enfermagem está localizado numa das treze unidades administrativas que leva seu nome: a Escola de Enfermagem (EEnf). Nos seus 45 anos de atividade, a Escola de Enfermagem, da FURG, vem cumprindo o seu papel no sentido de que, sendo uma universidade com ações pedagógicas comprometidas com a formação de profissionais, coloca à disposição da região um contingente de egressos que ocupam esses espaços.

Essas ações desenvolvidas legitimam o perfil do enfermeiro como o profissional que participa, ativamente, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como evidencia a FURG como instituição formadora para o SUS, na Região Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul (COSTA, 2016). Soma-se a isso o fato de que a EEnf oferece, além da graduação em Enfermagem, os cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem e os Programas de RMS - o Programa RSMF e, até pouco tempo, o Programa RIMHAS. Em atividade desde 2010, ambos Programas de RMS foram construídos em parceria com outras unidades administrativas, tais como, o IE e o ICHI, entre outras.

É válido destacar que as últimas DCNs, do curso de Enfermagem, datam de 2001 (BRASIL, 2001). Dessa forma, com o intuito de atender às necessidades em saúde da população, o curso vem sendo revisado, ao longo desses anos, pela comunidade acadêmica. A última modificação ocorreu em 2011, com a criação do Núcleo Docente

11 Mais informações podem ser acessadas na página do PPGpsi em <https://ppgpsicologia.furg.br/apresentacao>

Estruturante (NDE), na qual o curso passou a contar com 10 semestres. Outra distinção importante do curso de Enfermagem em relação aos cursos de Educação Física e Psicologia está relacionada ao número de vagas e ao período do curso. Na Enfermagem, são oferecidas, anualmente, 60 vagas na modalidade bacharelado, sendo o ingresso semestral. Além disso, o curso concentra suas atividades no período diurno.

Dessa forma, buscamos situar em qual estrutura de ensino estamos trabalhando nos diferentes cursos e como pode ser possível a articulação entre os três cursos e os Programas de RMS; iniciados entre 2010 e 2011 na FURG, portanto, assim como a graduação em Educação Física e Psicologia, ainda são cursos recentes. A seguir, apresentaremos algumas experiências nos diferentes cursos e, ao final, possibilidades de articulações.

Estabelecendo diálogos entre a Educação Física e as RMS

Como mencionado, não aconteceu uma projeção inicial que vinculasse as duas experiências, curso de graduação em Educação Física e RMS, assim como também não há impedimentos para que tal relação ocorra, o que vem acontecendo nas várias atividades acadêmicas. Defende-se, aqui, a importância de certas ações não previstas, originalmente, por entender que possam dar vivacidade e dinamismo às atividades de formação para um currículo que funcione, se reinvente e possa dar conta daquilo que acontece ao redor. E as residências parecem conversar com o curso de Educação Física, considerando os 11 profissionais de saúde residentes que constituíram o programa na área de Educação Física - 10 foram egressos desse curso de graduação da FURG.

A possibilidade de estágio curricular, em atividades das residências, no âmbito da saúde da família ou hospitalar, não é obrigatoriamente induzida, mas é possível e já ocorreu no curso de Educação Física. A previsão dessa experiência ocorre no Estágio Supervisionado I, o único que não coloca o graduando diretamente nos espaços escolares. A própria ementa coloca: *“Estudos, proposição e experimentação de práticas profissionais, com ênfase nas vivências supervisionadas em espaços não escolares”*. Não necessariamente os docentes que atuam nos estágios serão os mesmos que estão nas residências, portanto é um tipo de experiência que depende de múltiplos arranjos e, também, do interesse dos alunos, já que há outros campos de estágio, como a área do treinamento físico, esportiva, cultural e social em que a Educação Física atua. Por enquanto, as experiências têm sido esporádicas. Há potencial para uma amarra mais consistente e, também, uma possibilidade para um estágio mais formal no SUS, caso certas alterações curriculares em discussão sejam admitidas, mas isso ainda é alvo de debate e de aprovação.

As disciplinas de pré-estágio, também, já observaram, analisaram e fizeram intervenções nos espaços das residências. Elas são preparadoras para os estágios e, praticamente, estão na mesma situação do que foi relatado com o estágio. Como estão mais no âmbito da observação e do registro dos locais onde a Educação Física acontece na cidade do Rio Grande, tem sido mais comum a inclusão das residências nesta disciplina, o que não significa que virá a intervenção com o estágio na sequência. Há uma abertura aos graduandos, o que consideramos importante, pois o campo da saúde não é o único ou mais importante eixo em que a Educação Física atua, algo que difere, consistentemente, da Enfermagem, por exemplo, em que a saúde é o “carro-chefe”.

Há diversas disciplinas da graduação que estabeleceram um diálogo continuado com as residências, especialmente, as regidas por docentes que participam dos programas de RMS, de forma transitória ou permanente. Pretende-se destacar uma delas. Em 2016, foi criada a disciplina optativa Saúde Coletiva, até então, nunca oferecida nos cursos de graduação da Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Em 2017, foi ofertada, pela primeira vez, de maneira colegiada, e a turma foi dividida entre alunos da Educação Física e Psicologia. A disciplina já foi oferecida três vezes. Não se defende disciplinas sobre as RMS, mas com problematização sobre os temas que direcionem a saúde numa perspectiva crítica e como direito social, tendo o SUS como um dos panoramas de atuação. Colocar isso é importante para que não se confunda que, só quem está, nas RMS, faz essa costura ou que só as RMS conseguem acionar tais conhecimentos no âmbito da formação.

Para além das amarras curriculares, diversas atividades, na graduação de Educação Física, procuram colocar, em diálogo, os interessados no campo da saúde. Descrevemos, brevemente, alguns deles¹². A Roda de Núcleo da Educação Física da RMSF tem sido aberta aos graduandos da Educação Física. Esse espaço de formação tem oferecido conteúdos de formação com conexão de preceptores, residentes, professores da FURG e estudantes interessados. Atividades de extensão, como os eventos Extremos do Sul, Mostra de Saúde Coletiva e “Que lugar é esse?” Educação Física e Sistema Único de Saúde, na cidade do Rio Grande, sempre foram abertos aos graduandos e aos residentes. No âmbito da pesquisa, alguns TCCs, do curso de Educação Física, chegaram a ser direcionados para questões de pesquisa das RMS, e alguns alunos contribuíram, em diversas pesquisas, no âmbito da saúde. Por fim, a própria criação do GESCEM poderá fortalecer os vínculos citados e importantes, como ponte entre a graduação e as RMS.

12 Agradecemos ao professor Leandro Quadro Corrêa do Instituto de Educação da FURG, pela atenção e pelo cuidado, ao revisar atividades do curso de Educação Física relacionadas aos Programas de RMS.

Aproximações entre a Psicologia e os Programas de RMS

Pensar as aproximações entre a Psicologia e as Residências Multiprofissionais, em Saúde, implica historicizar, mesmo que de modo muito breve, a (com)posição da Psicologia como área do conhecimento e de atuação profissional no Brasil. Regulamentada em 1962, pela Lei 4.119 (BRASIL, 1962), a profissão de psicólogo/a se institui imersa a tensionamentos sociais, políticos e econômicos associados aos diferentes períodos vivenciados no País.

Os moldes legais, para atuação em Psicologia como profissão, demarcados no período da ditadura civil e militar, destacam, como atribuições privativas da Psicologia, a utilização de métodos e técnicas psicológicas para realização de diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional; orientação psicopedagógica e a solução de problemas de ajustamento. Tendo, ainda, como competência do/a psicólogo/a, a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências (Brasil, 1962). No que pese, a herança de uma Psicologia voltada para a seleção dos mais aptos, para o controle e adaptação de pessoas, para as práticas psicológicas associadas à clínica privada e individual se constituiu majoritária na profissão. Ao negar o coletivo, respingos dessa clínica do indivíduo, muitas vezes, produziram a patologização e a medicalização de questões sociais, econômicas e políticas.

A década de 1980 se faz propulsora de mudanças nacionais e, também, do modo de fazer Psicologia. No cenário nacional, há uma efervescência de movimentos sociais na luta pela garantia de direitos sociais e previdenciários. O engajamento e a participação da sociedade civil, trabalhadores e usuários contribuíram para processo de redemocratização e registro de muitas dessas pautas na Constituição Federal de 1988. Por sua vez, a implementação e a operacionalização das políticas públicas, previstas na legislação nacional, contribuíram para o redirecionamento da formação em Psicologia. À medida problematizaram a atuação de uma psicologia voltada para a clínica tradicional, impulsionaram deslocamentos para compor práticas junto a dispositivos das políticas, de modo especial, aqui, voltados para atenção em saúde. Nos últimos anos, essas discussões sobre a atuação e a formação em psicologia, voltada para o sistema público de saúde, vem ganhando espaço dentro da categoria (DIMENSTEIN, 1998; 2000; 2001). Esse panorama inicial, associado à regulamentação da profissão, denota os distanciamentos e os desafios que precisaram ser enfrentados, e, ainda hoje, se fazem presentes na formação e na atuação em Psicologia para o sistema público de saúde junto às RMS.

Ao traçar essa breve contextualização, sinalizamos as problematizações inerentes à própria constituição e a atuação da Psicologia como núcleo da RMS. Para, assim, questionar como a Psicologia vem se produzindo, desenvolvendo suas práticas e para quem? Esses questionamentos puderam ser acompanhados, em outras áreas do

conhecimento, como efeitos da chamada “crise” nas Ciências Sociais (NOGUEIRA, 2001). No contexto brasileiro, marcaram fissuras e fizeram emergir novos modos de fazer a Psicologia comprometida com as questões sociais, políticas, econômicas e culturais. Discussões essas que propiciaram condições de possibilidade para a criação da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), por exemplo.

Na contemporaneidade, muitos são os/as psicólogos/as que exercem atividades junto aos dispositivos públicos. A atuação no SUS passa por uma compreensão ética e política de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. De modo que, na composição das práticas, está presente uma rede de relações que compõe o coletivo e as tramas que se tecem no território, nos mais diversos contextos em que as pessoas vivem e com as quais compartilham suas relações afetivas, amorosas, familiares, sociais e laborais.

A atuação da Psicologia, nas Políticas Públicas, passa pelo descentramento do sujeito como o único foco de intervenção para traçar estratégias com o sujeito na relação, com tantos outros que compõem o território e fazem parte de sua rede de relações. Passa por compreender o funcionamento da rede de serviços, abrindo-se ao diálogo e à potencialização de estratégias interdisciplinares e intersetoriais. Passa, ainda, pelo mapeamento e pela escuta da determinação social das doenças, compreendendo o processo-saúde doença como eixo desencadeador das práticas da psicologia junto à equipe multiprofissional. Não se trata, mais, de fomentar “a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências”, mas de colocar em questão como se produz a concepção de “psicológico” nem de reinventar, no coletivo, como produzir em campo ações que venham a colaborar na perspectiva de um processo de saúde-doença-cuidado e que levem em conta a complexidade de fatores situados e as singularidades das vidas que buscam atendimentos nos dispositivos de saúde.

As aproximações da psicologia com a RMS contribuem para o descentramento das práticas psicológicas associadas, de modo prioritário, à clínica privada e individual. A presença de psicólogos/as junto às equipes multiprofissionais, no campo da saúde, denota o enfrentamento de uma série de desafios, entre eles, a formação para atuação junto às políticas públicas, promovendo a integração entre universidade, serviço e comunidade (LIMA, 2005; LIMA, BRITO, FIRMINO, 2011, 2018).

No curso de Psicologia da FURG, a integração entre a graduação e as residências vêm ocorrendo a partir de algumas experiências. Podemos destacar, mais fortemente, os estágios curriculares com ênfase em Psicologia Social. Desde o início dos estágios no curso, as docentes que organizam tal atividade curricular e obrigatória buscaram a integração com os diferentes serviços de saúde, educação, assistência social, desenvolvidos na cidade de Rio Grande.

Conforme relato das coordenadoras do estágio¹³, inicialmente, houve uma preocupação em “abrir” locais para a prática de estágio em Psicologia e manter essa atividade, assim como apresentar o curso recém-criado da FURG, buscando integração nas propostas desenvolvidas entre os discentes estagiários, docentes supervisores de estágio e os psicólogos supervisores locais. Conforme uma das coordenadoras de estágio, não havia, naquela época, “alunos da graduação fazendo estágio na Residência, mas acontecia de residentes e alunos de graduação se encontrarem e/ou interagirem eventualmente realizando alguma atividade de grupo em conjunto nos dispositivos onde realizavam suas práticas. Mas não havia uma integração formalizada, estruturada e institucionalizada”. Daquela época aos dias de hoje, podemos dizer que a implantação de estágios, em alguns serviços da Secretaria do Município da Saúde de Rio Grande/RS, possibilitou uma maneira mais formalizada dessa prática no âmbito dos Programas de RMS.

Uma dessas experiências foi a criação do estágio curricular, com ênfase em Psicologia Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma importante conquista para a ampliação dos estágios em Psicologia, diretamente voltados às políticas públicas, com a prática da Psicologia Comunitária. Tal esforço de docentes, psicólogos trabalhadores na área da saúde e os próprios estagiários mostram o quanto é possível construir práticas mais integradoras junto à comunidade, contribuindo para a formação para trabalhadores no âmbito das políticas públicas.

No curso de Psicologia, algumas disciplinas auxiliam nessa integração com a RMS em diferentes momentos do curso. As disciplinas possuem como objetivo acompanhar as práticas curriculares de estágios, enfatizando temáticas especiais que não foram discutidas nas atividades de supervisão com os orientadores, que também é obrigatória. Já no segundo ano, a disciplina de Psicologia Social propõe atividades de acompanhamento das atividades da Psicologia nos serviços de saúde. Os/as estudantes escolhem um dispositivo da rede após contato com a coordenação e com o psicólogo do local, e realizam a inserção em atividades previamente combinadas, no intuito de conhecer e analisar a organização e o funcionamento do serviço, o público-alvo atendido, a operacionalização a partir das diretrizes da legislação vigente, o trabalho da psicologia, o reconhecimento da rede de serviços e, assim, as dificuldades e os desafios inerentes ao cotidiano de trabalho. Essas aproximações, numa fase inicial do curso, contribuem para a sensibilização teórico-prática dessas discussões e são preparatórias para o estágio em Psicologia Social.

13 Agradecemos às contribuições enviadas, por e-mail, das professoras do curso de Psicologia da FURG, Karen Eidelwein (coordenadora de estágios de 2011 a 2013, docente egressa da FURG), Simone dos Santos Paludo (coordenadora de estágios de 2014 a 2016) e Daniela Barsotti Santos (coordenadora de estágios de 2017 e 2018) e do professor Egeu Gomez Esteves da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), docente egresso da FURG e coordenador do Curso de Psicologia nesta Universidade por alguns anos.

Por sua vez, a intenção da disciplina de Tópicos Especiais do Estágio em Psicologia Social vem sendo integrar diversas experiências do psicólogo na comunidade. Ela é ofertada ao longo de todo o ano e fornece suporte, também, quanto ao desenvolvimento de um plano de atividades dos estagiários, partindo de um diagnóstico em campo. Esse plano e diagnóstico se aproximam de algumas orientações da análise institucional (BLEGER, 1984) e, também, do trabalho do psicólogo na comunidade. Assim, conforme as discussões avançam nesta disciplina e no próprio campo de estágio, há necessidade de conhecer quem são os trabalhadores da saúde, em especial, da Atenção Básica (AB), cujo suporte é fornecido aos estudantes no campo de estágios. Nesse momento, sempre são mencionados, entre outros, os residentes. Muitas vezes, os residentes participam das aulas, divulgando o próprio programa de residência, assim como o alcance das políticas públicas que vivenciam no seu dia a dia de trabalho.

E mais recente, encadeada a formação *stricto sensu*, o mestrado em Psicologia traz sua contribuição na oferta de disciplinas relacionadas às Políticas Públicas e à Saúde Coletiva. A integração entre ensino, pesquisa e extensão, na graduação, especialização e mestrado é um processo em construção que não se fecha ao núcleo da psicologia. Processo esse que leva em conta o diálogo com diferentes áreas do conhecimento, numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar, o respeito às diversidades e a escuta de diferentes histórias de vida.

O contato dos residentes com estudantes e estagiários de psicologia fomenta e contribui para uma formação comprometida com os serviços de saúde, como parte integrante das práticas da graduação e pós-graduação. A imersão, no contexto das políticas públicas, tensiona o ideário de uma clínica tradicional, que, ainda, coabita a formação em psicologia. Ao mesmo tempo, na graduação, insere a necessidade do estudo e aprofundamento de questões, para além do núcleo de formação da Psicologia. Instaura a abertura para as questões do território, o diálogo e a negociação com diferentes atores.

Dessa forma, podemos dizer que o espaço dos programas de RMS se constitui como campo de estágio e, também, de pesquisa para alguns graduandos. Outro fato bastante positivo para mencionarmos em termos de integração é que alguns egressos do curso de Psicologia da FURG vêm atuando como residentes dos programas de RMS. Com a criação GESCEM, houve a ampliação de algumas atividades em alguns dispositivos de saúde, em especial, por meio da realização de grupos de estudos e do projeto Espaço de Expressão, buscando a integração entre acadêmicos, docentes e profissionais da área.

Costurando experiências entre a Enfermagem e a RMSF

A Enfermagem, enquanto núcleo específico da graduação, busca promover a articulação com os Programas de RMS, considerando o proposto pelo PPP (FURG, 2012b).

Nele, é prevista, entre os elementos necessários para a formação do enfermeiro, a interdisciplinaridade - que busca a concretização do diálogo para além da disciplina nuclear, com vistas a fomentar a cooperação e o conhecimento intelectual das novas perspectivas do campo real (FURG, 2012b). A articulação interdisciplinar possibilita um pensar-fazer que desafia limites, que busca a compreensão de um todo, qualificando o cuidado.

Cuidado esse, cerne da Enfermagem, que precisa ser pautado no olhar holístico sobre o sujeito, sobre suas múltiplas necessidades, psicobiológicas e psicossociais, já que, por estarem relacionadas com as condições em que as pessoas vivem, trabalham ou estudam; carecem de uma atenção individual e singular, plural e coletiva. É com base nessas circunstâncias que se busca promover o compartilhamento de saberes entre os Programas de RMS e graduação de enfermagem.

Além disso, as residências multiprofissionais estimulam a integração de saberes e práticas, permitindo estabelecer competências compartilhadas com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2009). Em seus eixos programáticos, a estruturação dos conteúdos é pautada em um “currículo em movimento” que pondera construir competências compartilhadas com outros acadêmicos, tutores, preceptores, professores e orientadores (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018)

Portanto, costurar o conhecimento e as experiências produzidas, nos dois espaços de formação, graduação e residência, é, de fato, enriquecedor ao encontro de práticas de saúde efetivas e eficazes no SUS. Romper as barreiras que compartimentam o conhecimento não é tarefa fácil, como dito anteriormente, todavia tal iniciativa tem sido adotada e colocada em prática por docentes¹⁴, na enfermagem, ainda que timidamente, de modo dinâmico e flexível. A flexibilidade, na estrutura curricular da graduação, permite incorporar, no ensino, outras formas de aprendizagem, cabendo ao docente a viabilidade dessa formação, que busca um perfil generalista (FURG, 2012b). Para tanto, na enfermagem, a articulação dos graduandos e pós-graduandos, no eixo do Ensino, se estabelece na disciplina de Enfermagem na Rede de Atenção Básica à Saúde I, oferecida no sétimo semestre do curso de graduação de enfermagem, tendo carga horária de 120 horas (60 teóricas e 60 práticas). Essa disciplina é ministrada por dois professores egressos da FURG, e possui em sua ementa: a abordagem interdisciplinar; a Educação Permanente e o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. As aulas teóricas são proferidas no espaço físico da universidade; já as atividades práticas ocorrem, nas unidades básicas de saúde do município de Rio Grande, e em alguns serviços da rede de atenção à saúde no formato de visitação.

14 Finalmente, no curso de Enfermagem da FURG, agradecemos ao professor Cesar Francisco Silva da Costa pelas contribuições e por impulsionar atividades integradas da Enfermagem e dos Programas de RMS.

Considerando que os encontros teóricos e práticos possuem como sustentação saberes pautados no Sistema Único de Saúde (SUS), na Saúde Coletiva, na Rede de Atenção à Saúde e na Atenção Primária à Saúde (APS), tanto na graduação quanto na residência multiprofissional, por meio do uso de metodologias problematizadoras, há uma tentativa em aproximar o debate entre formandos e profissionais residentes.

Nesse sentido, a cada semestre, os residentes são convidados para participar de encontros teóricos com os graduandos, através de pactuação prévia, a fim de garantir tempo para preparem conteúdos, pensem em estratégias e dinâmicas que visem ao diálogo e à reflexão coletiva. Essa prática pedagógica vem ao encontro do descrito por Arejano e Martins (2017), que destacam que a proposta da RMSF articula-se com disciplinas que trabalham as políticas de saúde nos cursos da FURG. E que esses projetos, programas e disciplinas estruturam uma rede de apoio para a educação permanente, na qual os residentes transitam por diferentes instâncias, dialogam com os processos de formação, inserindo-se em processos pedagógicos.

No entanto, inicialmente, antes de descrever como acontece essa interlocução, cabe refletir sobre alguns aspectos sobre a vivência do docente. Observamos, neste campo, que as "pontes" são iniciativas precisas experimentadas sob o olhar subjetivo daquele que forma, sendo que a linha que separa graduandos e graduados é costurada pelo fato de o docente lecionar em ambos os níveis de formação. Essa seria uma estratégia para promover a tão difícil articulação? Docentes que atuam em apenas um lado dessa linha não são capazes de concretizar tal integração? Não há respostas fechadas para esses questionamentos, no entanto, conforme afirma Giovanini (2013), a contextualização da história da vida pessoal e profissional do enfermeiro-docente, pautada nos saberes adquiridos na sua prática e no processo histórico-social e cultural desse professor, pode ir ao encontro da interdisciplinaridade na práxis desse profissional da educação.

Outro aspecto que pode superar esse desafio refere-se à própria dimensão da Saúde Coletiva que, por si só, trata-se de um campo interdisciplinar. Conforme Paim e Filho (1998, p. 309), "o objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde", respeitando sua historicidade e integralidade, fato esse que exige um pensar-fazer coletivo.

Nesse sentido, o estudo da determinação social e das necessidades em saúde pode e deve ser debatido na graduação em enfermagem, com a contribuição dos atores que estão mergulhados no "mundo do trabalho", vivenciando o cenário real que produz saúde-doença-cuidado. A graduação de enfermagem inclui-se, neste movimento, pois, também, busca a superação do modelo biomédico e da submissão à clínica, desenvolvendo ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, que só são alcançadas na sua

integralidade, através da união de saberes multiprofissionais e da compreensão da dimensão ampliada da saúde.

Parece simples, mas não é tarefa fácil promover tal articulação, elencada por meio de outros dois pontos. Primeiro, demonstrado através de pesquisa que aponta os desafios da articulação interprofissional, mesmo na graduação em Saúde Coletiva. De acordo com Paro e Pinheiro (2018), o distanciamento entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho tende a gerar entraves que repercutem na concretização de um trabalho conectado entre os atores.

Na intenção de superar essa lacuna quanto ao distanciamento, a disciplina de Enfermagem, na Rede de Atenção Básica à Saúde I, do curso de graduação em enfermagem, promove espaços de troca entre residentes e graduandos. Aqueles levam a experiência do campo de atuação profissional, e, com o auxílio do docente, abordam situações-problema do cotidiano na unidade de saúde, as dificuldades do trabalho multidisciplinar na prática, os desafios da assistência do coletivo, do cuidado longitudinal no território, além das práticas exitosas. O docente media as discussões, promove debates, instiga um pensamento reflexivo sobre as vivências no campo, associando o conteúdo teórico ao prático. O olhar de quem está imerso no campo real, tal como ocorre com os residentes, carrega peculiaridades que muitas vezes são perdidas pelo docente, que, embora esteja presente no mesmo cenário da assistência, são momentos pontuais, fato que, às vezes, impede o acompanhamento longitudinal, por exemplo.

Vale, igualmente, destacar, no campo formativo, que as diversas perspectivas de acadêmicos, residentes e professores não são excludentes, e sim complementares. Essa multiplicidade de ensino e aprendizagem, que acolhe diferentes metodologias e encurta o espaço entre academia e trabalho, permite enriquecer a formação em busca de um profissional preparado para a resolução de problemas, para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos e para o trabalho em equipe.

Na articulação entre os saberes durante a formação acadêmica, a EEnf tem, em seu Quadro de Sequência Lógica, uma que é oferecida ao curso de Licenciatura em Educação Física, denominada Estudos da Saúde, com carga horária de 45 horas/aula. Em sua ementa, esta disciplina se propõe a Estudos e reflexões sobre as diferentes concepções de saúde e sua relação com a Educação Física. No desenvolvimento das atividades dessa disciplina, é realizada uma prática pedagógica no formato de mesa redonda, em que os residentes de ambos os programas são convidados a participar e o fazem com maestria. Durante a atividade, os residentes discorrem sobre suas práticas e vivências na perspectiva multiprofissional.

Além dos encontros teóricos, outras atividades desenvolvidas pelos docentes da disciplina de Enfermagem, na Rede de Atenção Básica à Saúde I, têm contribuído para a

interlocução de saberes nas práticas em saúde, entre as quais uma atividade prática, que se articula, indiretamente, à residência multiprofissional em saúde. Essa atividade já ocorreu em 2015, na forma de participação dos graduandos em enfermagem, no evento “Dialogando sobre Saúde”, organizado por enfermeira egressa da RMSF da FURG; naquela ocasião, atuando no município de Arroio Grande/RS. Mais recentemente, nos últimos dois anos, essa forma de participação tem ocorrido no município vizinho, São José do Norte/RS.

Através de contatos informais com ex-residentes, que ocupam papel na gestão de saúde, os docentes proporcionam a imersão dos discentes em enfermagem em outros territórios, visando à integração dos saberes. A secretária de Saúde de São José do Norte, enfermeira, egressa do curso de graduação e da RMSF da FURG, recebe professores e acadêmicos, momento em que apresenta o serviço, a rede de atenção à saúde local, as dificuldades e as facilidades em tomar decisões, em programar ações de educação permanente, em direcionar os recursos para as diferentes áreas.

Portanto, os discursos retroalimentam o aprendizado teórico numa concepção muito mais abrangente e realística, tornando inteligível aquilo que, aparentemente, está no papel. Utilizando recursos, entre os quais o, anteriormente referido, os docentes do curso de enfermagem promovem a oportunidade de uma visão sobre outras realidades, ou seja, a percepção de que saúde-doença é diferente em cada espaço, cada bairro, cidade, estado ou país. Assim, graduandos conseguem enxergar, na prática, a importância de agir de acordo com as necessidades, garantido a equidade em saúde. Pensar globalmente e agir localmente é o que se espera dos futuros profissionais que atuarão nos SUS.

O segundo ponto, que dificulta a interlocução entre graduação e residência, refere-se ao predomínio da racionalidade técnica na atuação dos docentes, muitas vezes, associado à formação tradicional da educação em saúde e uniprofissional, afastando, assim, o viés dialógico, crítico e reflexivo no espaço de produção de saberes (PARO; PINHEIRO, 2018). Nesse sentido, destaca-se a necessidade de incorporar uma concepção ampliada de saúde, com ênfase na integralidade do cuidado, no processo de formação, sendo que, para isso, é preciso romper a cultura conteudista da transmissão da informação no campo universitário (UFRGS, 2015), partindo para metodologias inovadoras e tornando estudantes ativos no processo de ensino-aprendizagem.

Diante das novas transformações no cenário da saúde, é preciso que os docentes se reinventem, fazendo a reciclagem dos conhecimentos, ao encontro de ferramentas que instiguem a produção intelectual autônoma do estudante, que valorizam os saberes do outro e que sejam capazes de promover a atuação coletiva. A compreensão sobre a interdisciplinaridade ocorre quando as profissões aprendem sobre a necessidade do trabalho conjunto, bem como compreendem a importância das suas especificidades no cuidado humano.

No eixo da Pesquisa, como um dos princípios orientadores da FURG, no ano de 2012, pouco antes do término do período da primeira turma de residentes, visando prestigiar e divulgar os Programas de RMS, foram desenvolvidos, por graduandos de enfermagem, dois TCCs. Um deles intitulado “Residência multiprofissional em saúde da família: percepção das primeiras turmas” (FREITAS, 2012); o outro, intitulado: “Residência multiprofissional em saúde da família: perspectivas para atenção à saúde do homem” (SILVA, 2012). São passos curtos, mas que vão construindo a estrada que leva à articulação dos caminhos.

Um exemplo ocorre na participação de estagiários do último ano das rodas de conversa da residência. Mesmo essa participação não sendo exigida pelo currículo formal, ao se inserirem em unidades do Programa de RMSF, estagiários passam a acompanhar as rodas trazidos/as pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Nesse processo, os caminhos não estão prontos, mas seguem se (re)fazendo como parte de uma construção coletiva, no ancorar-se na cooperação e corresponsabilidade da formação de futuros profissionais. Logo, formar em saúde, sob a ótica do SUS, representa, portanto, assumir a aproximação entre a universidade e os serviços de saúde, a diversificação de cenários de aprendizagem, bem como o fortalecimento da atuação interdisciplinar.

Articulando graduação e residências: um processo em construção

A necessidade e urgência das transformações, na formação dos profissionais que atuam na área das políticas públicas de saúde no Brasil, atingiu, em cheio, nas últimas décadas, o setor da Educação. O Sistema Único de Saúde/SUS (1990) desafiou e, ainda, desafia, não só os mais renomados teóricos da Saúde Coletiva (MERHY, 2002; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; CAMPOS, 2003; CECÍLIO, 1994, entre outros), mas trabalhadores, gestores e sociedade pela sua complexidade, abrangência social e multiplicidade de dimensões envolvidas ao abarcarmos o campo dos determinantes do processo saúde/doença da população.

O modelo de atenção à saúde, segundo Paim e Almeida Filho (2000), se estabelece pela forma de relacionamento entre os profissionais da saúde e os usuários mediados pela tecnologia aplicada ao processo de trabalho que busca responder aos riscos e às demandas de saúde historicamente definidas.

O SUS, enquanto modelo de atenção à saúde, é fruto de um longo processo de debates e embates que envolveram a sociedade brasileira, principalmente, na década de oitenta, que culminaram na aprovação de novos pressupostos para o setor saúde através da promulgação da Constituição Federal em 1988. Esses novos pressupostos possibilitaram uma mudança substancial na clínica médica, mas também exigiram transformações políticas, culturais e ético-sociais que definem esse novo modelo de atenção à saúde ora vigente.

Dessa maneira, para além daqueles processos que permitem incorporar novas tecnologias na assistência à saúde das pessoas, foi necessário, no processo de construção do SUS, constituírem-se espaços de discussão, análise e reflexão sobre as práticas desenvolvidas à época, tendo em vista modelos de saúde que estimulavam serviços de saúde centrados em procedimentos aplicáveis a usuários responsabilizados/culpabilizados pelo próprio adoecimento e por uma atenção à saúde restrita aos contribuintes da previdência social.

Nesse caso, o modelo de saúde instituído à época precisava ser superado. E a história da saúde pública brasileira passa a ser escrita pelo movimento social da saúde que mais tarde será identificado como Movimento de Reforma Sanitária e que tem como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

A escuta de docentes, profissionais de saúde, gestores pioneiros e da sociedade como um todo, nesse período, trouxe à luz inúmeras experiências no setor saúde que já estavam sendo desenvolvidas de modo exitoso em alguns municípios brasileiros. Essas experiências, ao serem teorizadas, ajudaram a transformar o modelo de saúde vigente no período e permitiram a construção de um projeto assistencial nacional que ultrapassa a lógica da produção de procedimentos em direção a uma lógica de produção do cuidado (MERHY, 2002).

Nesse sentido, os conhecimentos em Saúde Coletiva que tratam da realidade sanitária e social do País passam a congregiar várias referências teóricas que se apoiam em saberes distintos, como as áreas de ciências humanas, da educação, entre outras. Foi preciso, portanto, criar oportunidades de práticas que constituíssem novos eixos de saber na área da saúde, ou seja, área onde se possa transitar pelo conhecimento interdisciplinar.

Para que tal mudança ocorresse de forma ativa na Educação, os programas de residência multiprofissional em saúde (BRASIL, 2009) passaram a exigir uma escuta mais sensível, por parte da Academia. Escuta as necessidades do trabalho em saúde (processo de trabalho), as demandas situacionais e localizadas de cada território (processo saúde/doença) e a escuta da reflexão crítica nos espaços de aprendizagem e de vida, ou seja, quando o aprendizado objetiva desenvolver uma pedagogia centrada nas intervenções concretas. “Trata-se de imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de coprodução de instituições e de sujeitos” (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013, p. 145). Nesse sentido, percebe-se um esforço por parte dos profissionais em saúde e demais atores do setor para romper com modelo de trabalho em saúde pronto e acabado que havia se estabelecido e estimular a articulação entre os distintos saberes existentes e a valorização da aprendizagem sobre as ações práticas com o envolvimento e com a participação coletiva.

Sendo assim, a reflexão sobre o processo de trabalho, o processo saúde/doença da população e o processo de ensino/aprendizagem passam a comportar um conjunto de pessoas, (professores, tutores, supervisores, preceptores, gestores, estagiários e residentes, entre outros) em interação constante para a tarefa de reconstruir saberes e práticas no cotidiano da saúde.

O dia a dia do trabalho docente faz com que, cada vez mais, se pense no estabelecimento de pontos de apoio nas relações entre graduandos e pós-graduandos como “pontes” de otimização do aprendizado. Nesse sentido, a articulação entre os estágios curriculares da graduação, com as vivências da formação em serviço proposta pelos programas de residência multiprofissional em saúde, bem como a participação de residentes nos encontros teóricos de formação, permite a interação entre os diferentes níveis de formação acadêmica, entre as diferentes áreas do conhecimento e amplia-se a comunicação e a inter-relação entre os diferentes grupos que compõem o campo de aprendizagem, já que essa integração acontece nos espaços em que o aprendizado se materializa, ou seja, no terreno público social.

A mudança na formação acadêmica de graduandos e residentes na área da saúde, para a implementação do SUS, por si só, ajuda, mas não é suficiente. As políticas de saúde nos convocam a mudar, também, o nosso olhar sobre os determinantes psicossociais e condicionantes da saúde da população; nos convocam, ainda, para buscar soluções para os problemas apresentados nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários; entre trabalhadores e gestores e entre a Academia e os serviços de saúde.

Aproveitamos para chamar a atenção que esta tarefa de articulação entre os graduandos e pós-graduandos, no campo de estágio do setor saúde, não é nada fácil. A experiência, ainda recente, pode despertar resistências e insatisfação por parte dos serviços de saúde e suas equipes, ora pelo ineditismo das ações propostas pelos residentes e estagiários, ora pela complexidade em lidarmos com as relações de trabalho, que, no passado, estavam centradas na autoridade de um único profissional e que, no momento, se recriam como “um link” na direção de uma grande equipe multiprofissional que envolve trabalhadores, profissionais de saúde residentes, preceptores, tutores, orientadores, professores, gestores e usuários, entre outros, todos na tentativa de alcançar uma convivência dinâmica e sensível às necessidades subjetivas e culturais do grupo.

Cabe ainda lembrar que a ruptura com o modelo de saúde biomédico, centrado nos grandes hospitais, não ocorre somente no campo das ações práticas em saúde, mas, também, no campo formativo em que a tentativa de abolir relações educacionais autoritárias e normalizadoras é um grande desafio. De acordo com Merhy e Onocko (2002), o campo da rede básica de serviços à saúde é um ponto estratégico de intervenção, é o lugar do agenciamento de maiores graus de autonomia de todos os envolvidos, meio de construção

de uma nova institucionalidade na produção de serviços, para além dos modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário.

Sendo assim, a nós, professores, vinculados aos programas formadores para o SUS, cabe a tarefa da preparação de trabalhadores para o setor saúde. E é a rede básica, para Merhy e Onocko (2002, p. 198), o campo deverá “reposicionar o sentido do todo processo de produção de [sujeitos], serviços e suas finalidades, visando uma mudança de direção de um sistema de saúde hospitalocêntrico para um rebasicocêntrico”.

Nosso Programa de RMSF tem sido palco de experiências iniciais da relação entre aspectos formativos, tanto teóricos quanto práticos, de graduandos e pós-graduandos no setor saúde. Este “campo” de ensino-aprendizagem é um campo dinâmico e tem passado por intensos debates e constantes re-ordenamentos, o que denota sua incompletude, nas diversas dimensões que o compõe, ou seja, dimensões administrativas, conceituais, assistenciais e político-culturais.

É possível, então, uma incursão sobre esta experiência que vem produzindo mudanças em nível dos conteúdos disciplinares, como a criação da disciplina de Saúde Coletiva para os cursos de Educação Física, Enfermagem e Psicologia da FURG, a produção de trabalhos de conclusão de curso orientados para a rede pública de saúde municipal, criação do GESCEM, entre outras.

Das medidas mais efetivas e criativas do Programa RMSF/FURG, foi à adoção do Método da Roda (CAMPOS, 2000) para todos os espaços de formação e gestão dos processos de trabalho buscando, permanentemente, integrar a reflexão sobre a prática administrativa-assistencial com os aspectos teórico-conceituais da Saúde Coletiva. Porém, Campos (2000, p. 35) nos lembra de que “apesar de todo esse processo de mudança [no setor saúde], a teoria geral da administração contínua operando com o conceito de Organização”. Essa noção pressupõe que comando e controle concentram Poder e, ainda, Campos (2000), ao procurar romper com esta tradição, sugere a utilização do Método da Roda para a democratização das relações de Poder nos processos de trabalho assistencial e de gestão político-administrativo das instituições, permitindo, assim, o exercício da própria subjetividade ao “privilegiar as pessoas, o Sujeito, por isso, aplicando o método a equipes ou coletivos” (CAMPOS, 2000, p. 35). A opção do uso do Método da Roda, no Programa RMSF/FURG, é uma proposta ousada, é operar num coletivo organizado na produção de sujeitos e projetos possibilitando, assim, através da produção de desejos e interesses, a manifestação da própria subjetividade de todos os envolvidos.

Assim, do ponto de vista processual, é um longo caminho a percorrer, em que erros e acertos convivem com o contínuo aperfeiçoamento da democratização das relações entre professores e alunos, entre trabalhadores e gestores entre usuários, trabalhadores e residentes.

Não podemos deixar de conectar as experiências formativas com o contexto político e social. Se o SUS ganhou consistência desde a década de 90, vem sofrendo ameaças constantes e reconfigurações em parte de seus projetos. A Emenda Constitucional 95 (2016), colocando um “Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União”, compromete os investimentos nas políticas sociais do País por vinte anos. Esses atos não convivem em paralelo com o SUS, com os programas, com a formação. A própria republicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Previne Brasil impõem mudanças na estruturação e no funcionamento da atenção básica no País. Um efeito imediato foi o desmantelamento de equipes NASF por todo o Brasil, onde, em alguns lugares, houve modificação, mas, em outros, extinção do programa. Até onde o panorama de saúde como direito social e um maior esforço em contemplar a saúde, a partir das comunidades e atenção básica, resistirá a mudanças estruturais? A formação que estimule o diálogo entre cursos de graduação e equipes de NASF, por exemplo, especialmente, para cursos como Psicologia e Educação Física, sofrerão impacto imediato. Por isso, o contexto político e social pode ser tomado desde o aspecto micro até o macro, sendo que vivemos um período de ataque às políticas públicas e, também, ao conhecimento científico no País.

Em síntese, reafirmamos que a aposta, no processo formativo articulado entre graduandos e pós-graduandos, no campo da saúde, é ousada, porque as reformas educacionais ou, de acordo com Mendes (1999, p. 57), “as reformas sociais em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários”. Nesse sentido, parafraseando o músico Almir Sater, em 1992, “*Andamos devagar porque já tivemos pressa*”, seguimos firmes na defesa de processos democráticos, na manutenção das rodas de conversação e planejamento coletivas, que contemplem a multiplicidade e a diversidade, em prol de uma formação em saúde comprometida com as questões de seu tempo.

Referências

AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibeles Da Rocha. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. In: KNUTH, Alan Goulart; AREJANO, C. B; MARTINS, S R. (Orgs.) **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**. Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2017. (pp. 55-74). Disponível em: <https://propep.furg.br/pt/2199-o-livro-trajetorias-de-composicao-do-sistema-unico-de-saude-pelas-residencias-multiprofissionais-em-saude-e-publicado-pela-editora-da-furg.html>. Acesso: 18 maio 2020.

BLEGER, José. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: ArtMed, 1984.

BRASIL. Lei Nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.** Disponível em: https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Lei-4119_1962.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.**

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CES nº 1071/2019, aprovado em 4 de dezembro de 2019. **Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Psicologia e estabelecimento de normas para o Projeto Pedagógico Complementar (PPC) para a Formação de Professores de Psicologia.** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=139201-pces1071-19&category_slug=dezembro-2019-pdf&Itemid=30192

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Marisa Dorsa. **Práxis e Formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G Gastão Wagner de Sousa (Org.) **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, **Physis – Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

COSTA, Cesar Francisco da Silva **O acesso ao ambulatório do hospital universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2016. 318 f. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/8432/cesar%20francisco.pdf?sequence=1>. Acesso: 18 maio 2020

DALLEGRAVE, Daniela; CECCIM, Ricardo Burg. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, July/Sept. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000300877&script=sci_arttext

DIMENSTEIN, Magda. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

DIMENSTEIN, Magda. A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, 5,(1), 95-122, 2000.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

FREITAS, J. L. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: percepção das primeiras turmas**. 2012. 54 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Rio Grande do Sul.

FURG Universidade Federal do Rio Grande. Projeto Político Pedagógico do curso de Licenciatura em Educação Física. Curso de Licenciatura em Educação Física, criado pela **Deliberação nº 009/2005** do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – FURG, 2005.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia**. 2012a.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem**, Rio Grande, Abril de 2012. Disponível em: https://eenf.furg.br/images/02_-_Documentos_Do_Site/PPCEnf-2017.pdf 2012b.

FURG Universidade Federal do Rio Grande. **Deliberação nº 060/2017** Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração em 15 de setembro de 2017. Dispõe sobre alteração curricular no curso de psicologia. <http://conselhos.furg.br/delibera/coepea/06017.pdf>

GIOVANINI, E. C. A interdisciplinaridade dos saberes docentes nos estágios supervisionados da graduação em enfermagem. **Periódico de Divulgação Científica da FALS**, ano VII, n. XV, Jul. 2013. Disponível em: http://www.fals.com.br/revela2019/REVELA%20XVII/ARTIGO_1_XV.pdf

KNUTH, Alan Goularte; AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibeles da Rocha (Orgs.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da Furg, 2017.

KNUTH, Alan Goularte. As Residências Multiprofissionais em Saúde como movimento social e pela saúde pública. In: KNUTH, Alan Goularte; AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibeles da Rocha (Orgs.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da Furg, 2017.

LIMA, Mônica. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, dez. 2005.

LIMA, Monica; BRITO, Manuela; FIRMINO, Alice. Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 856-867, 2011.

LIMA, Monica; BRITO, Manuela; FIRMINO, Alice. Estágio em Psicologia em um Centro de Saúde Pública de Salvador, Bahia. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 10, n. 2, p. 41-51, ago. 2018 .

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002 a.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, Conceição. “Ter” ou “fazer” o gênero: o dilema das opções epistemológicas em psicologia social. In: GUARESCHI, Neuza (Org.) **Estratégias de invenção do presente – a Psicologia Social no contemporâneo** (pp. 220-253). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde Coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>

PARO, César Augusto; PINHEIRO, Roseni. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, v. 22, suppl 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2/1577-1588/pt/>

SILVA, D. C. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: perspectivas para atenção à saúde do homem** 2012. 45 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Rio Grande do Sul.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Ministério da **Saúde Docência da Saúde: uma proposta didático pedagógica [documento eletrônico]**. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Brasília, DF: UFRGS/MS, 2015. Disponível em: https://issuu.com/educasaude/docs/e-book_-_doc__ncia_na_sa__de-17out2

OLHARES SOBRE O TERRITÓRIO: RELATO DE UM DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO PARTICIPATIVO

Raysha Thereza Nery
Bárbara Coelho Nunes
Bianca Araujo Marandini Nunes
Thavane De Llano Leal
Egeu Gomez Esteves

As primeiras perguntas que vieram à nossa mente, quando adentramos a esse mundo vivo e complexo, que é a Atenção Básica à Saúde foram: qual o meu lugar e minha função nesse espaço? Por onde eu começo? Como me incluir e construir relações com a equipe e com a população atendida? A quais demandas devo atender? Como utilizo todos os conhecimentos acumulados ao longo da minha graduação? Tais pensamentos permaneceram conosco, durante o início da nossa vivência, enquanto profissionais residentes.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), enquanto uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracteriza-se pela formação em serviço através de uma cooperação interinstitucional entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade. Isto é, se desenvolve por meio da inserção de profissionais residentes em serviços de saúde, buscando a expansão e a qualificação da rede de saúde e de profissionais, a partir de uma formação que oportuniza vivenciar a multiplicidade profissional e a complexidade da vida¹⁵.

É nesse contexto de formação em serviço que nós, uma equipe de residentes, composta por uma psicóloga, duas enfermeiras e uma professora de educação física, fomos inseridas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), vivenciando, cotidianamente, a realidade do trabalho e o funcionamento da equipe, bem como conhecendo, aos poucos, o território atendido. Para auxiliar nessa inserção, uma das primeiras tarefas propostas pelo programa é o desenvolvimento de um diagnóstico comunitário. Assim, o intuito deste trabalho consiste em relatar o percurso e as implicações desse processo na compreensão do contexto social, político, econômico e cultural do território e da equipe, principalmente, seus agenciamentos com as questões de saúde, que define o objetivo do próprio diagnóstico, bem como com a nossa formação, apontando

¹⁵ Conforme o Projeto Político Pedagógico da RMSF e do Regimento Interno, disponíveis em: <<http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf>>

caminhos para os questionamentos anteriormente levantados e produzindo práticas condizentes com o desejo e com a necessidade da comunidade.

O processo deste diagnóstico iniciou em 07/04/17, com a pesquisa bibliográfica e finalizou em 06/07/17, com o término da escrita e a apresentação do mesmo em Seminário Teórico da RMSF, totalizando, assim, três meses de trabalho. Compreende quatro momentos de levantamento de dados através de um questionário e três oficinas. A partir da perspectiva da análise temática, debruçarmo-nos sobre os resultados produzidos e pudemos discutir duas categorias que aprofundam o conhecimento sobre o contexto da comunidade e da equipe. Ademais, ressaltamos que as oficinas foram audiogravadas e transcritas. Em todas as etapas realizadas, foi solicitada a permissão para utilização de imagem e voz através do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz.

Nasce um olhar

O diagnóstico comunitário é uma importante ferramenta para conhecer um determinado contexto e planejar ações condizentes com essa realidade, pois, no âmbito da saúde, é essencial para racionalizar custos e aumentar a eficiência dessa política pública, sendo um elemento fundamental da intermediação entre as necessidades de saúde e a organização dos serviços (RIBEIRO, 2012).

O diagnóstico comunitário constitui tecnologia política e gerencial imprescindível para qualificar as políticas, programas e ações de saúde pública em relação às demandas e necessidades de saúde da população, particularmente ações de âmbito territorial como a Estratégia Saúde da Família (RIBEIRO, 2012, p.71).

Assim, a primeira iniciativa, nosso olhar inicial, contou com a elaboração de um questionário com informações que julgamos relevantes para compreender a comunidade, a partir da nossa experiência cotidiana de, aproximadamente, um mês na UBSF, e dos dados que a mesma já disponibiliza através de dispositivos, como a Ficha Cadastral (eSUS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

As informações foram agrupadas em quatro categorias, a saber: dados gerais, grupos de atenção, ambiente e habitação. Na categoria de dados gerais, encontram-se valores numéricos da população: número de famílias e de pessoas separadas por sexo e faixa etária. A categoria de grupos de atenção compreende as populações já atendidas pela unidade (gestantes, pessoas vivendo com HIV, com diagnóstico de hipertensão, diabetes, sífilis congênita, acamados e domiciliados), bem como aquelas que percebemos, com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), ter alta demanda, como os usuários de psicofármacos. Para a categoria de ambiente, pensamos no contexto social e nos fatores de vulnerabilidade a ele relacionados (condições de trabalho, violência doméstica, uso de

substâncias psicoativas e evasão escolar). A categoria habitação, por sua vez, se refere às condições da rede de infraestrutura oferecidas à moradia da população, se possuem saneamento básico, água tratada, eletricidade e coleta de lixo.

Assim, nos reunimos com as ACS, conversamos sobre o diagnóstico comunitário, sua relevância para o processo de trabalho e propusemos o levantamento de dados da microárea de cada agente através do questionário. A partir do aceite, ocorreu o levantamento entre 14.04.17 e 15.05.17.

Entretanto, nesse momento, a unidade enfrentava a falta de uma ACS em seu quadro, sendo assim, uma das microáreas estava descoberta. Havia um rodízio das agentes para um cuidado urgente, mas não havia total informação, inclusive cadastral, daquela área. Assim, nós, residentes, coletamos esses dados através dos prontuários, porém estes se encontravam desatualizados, com registros antigos, alguns, inclusive, inexistentes. Após dialogar com a equipe sobre essa situação, optamos por não utilizar esses dados, com concordância das ACS que reforçaram a nossa hipótese de que os números produzidos não representavam aquela microárea. Dessa forma, as informações dispostas, neste levantamento, compreendem seis das sete microáreas do território em que a UBSF faz cobertura, conforme a tabela a seguir (Tabela 1).

Sobre as questões ambientais e de habitação, que são comuns no território, de modo geral, independente da microárea, podemos dizer que: o bairro possui coleta de lixo e energia elétrica em todas as ruas, não possui rede de esgoto; a maior parte das casas possuem fossa, e a água é disponível pela rede Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Sobre os fatores sociais e de vulnerabilidade, percebemos, ainda mais relevante, que os números colocados, a constante presença no cotidiano da UBSF, tais como os casos de violência doméstica, o uso de substâncias psicoativas, em específico, por adolescentes, a evasão escolar e a prostituição. Ainda sobre as condições de trabalho, notamos muito desemprego, trabalho informal, autônomo (como pesca), bem como a presença de mulheres que não exercem atividade remunerada.

TABELA 1 – Resultados do Questionário

Categorias		Quantitativo
Famílias		1.120
Pessoas		3.866
Sexo	Feminino	1.869
	Masculino	1.997
Faixa Etária	Idosos (> 60 anos)	303
	Adultos (18 a 59 anos)	2.473
	Idade Escolar (4 a 17)	609
	Crianças (2 a 4 anos)	175
	Crianças (< 2 anos)	82
Grupos de Atenção	Gestantes	28
	Acamados/Domiciliados	23
	Hipertensão	334
	Diabetes	105
	Pessoas vivendo com HIV	36
Uso de psicofármacos		152

FONTE: Questionário produzido pelas residentes e respondido pelas ACS

Primeira Ponte: definindo metodologia e aliando o aspecto participativo

Em posse dos resultados da etapa anterior, percebemos que os dados levantados não eram suficientes para compreender a realidade da comunidade em sua complexidade, principalmente, na relação com os fatores sociais e ambientais. Ficamos com muitas dúvidas e com o desejo de entender melhor a associação desses fatores com o processo de saúde-doença.

Nesse momento, iniciamos o módulo teórico da RMSF sobre Metodologia de Pesquisa, em que compartilhamos a tarefa do diagnóstico, a etapa realizada até então e nossos questionamentos. Enquanto estudávamos sobre metodologias, pudemos aproveitar o espaço para debater sobre o processo do diagnóstico e nos foram apresentados exemplos de pesquisas que buscavam compreender melhor os significados de determinados contextos (ESTEVES *et al*, 2019). Assim, nossa pesquisa tomou a forma de uma metodologia participativa, haja vista que o diagnóstico comunitário também se trata de uma pesquisa. Para a realização deste diagnóstico, utilizamos o modelo de investigação social denominado pesquisa participante, que compreende que o trabalho deve partir da realidade

concreta da vida cotidiana dos próprios participantes individuais e coletivos do processo, em suas diferentes dimensões e interações - a vida real, as experiências reais, as interpretações dadas a estas vidas e experiências tais como são vividas e pensadas pelas pessoas (BRANDÃO, 2007, p. 54).

A pesquisa participativa fala de comunidades humanas concretas e cotidianas e pressupõe que compreender essa realidade social envolve conhecer todos os planos das estruturas, os processos inter-determinantes e a dinâmica dessa realidade, sempre a partir da perspectiva dos próprios sujeitos sociais e suas significações.

Para mim, a realidade concreta é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmos. Ela é todos esses fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida. [...] Fora desta compreensão e deste respeito à sabedoria popular, à maneira como os grupos populares se compreendem em suas relações com o seu mundo, a minha pesquisa só tem sentido se a minha opção política é pela dominação e não pela libertação dos grupos e das classes sociais oprimidas (FREIRE, 1999, p. 35).

Assim, essa metodologia pressupõe um compromisso político, ideológico e social com a práxis coletiva, visando não somente ao desenvolvimento de determinado aspecto, mas à transformação de toda a realidade social em que esse aspecto se encontra (FALS-BORDA; RAHMAN, 2013).

Desse modo, caminhamos da pesquisa participativa ao diagnóstico comunitário participativo que, por sua vez, inclui, nesse planejamento, a participação da população para identificar problemas que a afetam, apontar recursos disponíveis e propor estratégias de ação que visem ao desenvolvimento integral da qualidade de vida dessa comunidade. Sendo o resultado de uma construção coletiva, e não de um trabalho individual ou isolado.

Entende-se, também, que é impossível a um sujeito conhecer a totalidade da realidade de uma comunidade em sua complexidade, senão pela reunião de saberes de várias pessoas envolvidas na dinâmica social que ocorre num determinado território (GALINDEZ, 2007). Pessoas que vivem a comunidade e o território a partir de diferentes locais, cada qual com sua perspectiva. Galindez (2007) aponta que o diagnóstico participativo é mais que um instrumento, é, também, um processo político de reflexão sobre nosso ambiente, de percepção das dinâmicas e das pessoas nele envolvidas, assim, indo além da coleta de informações e questionando nosso contexto, de maneira coletiva, para compreender os problemas da realidade e, sobretudo, transformá-la.

Assim, continuamos o processo com a postura ética e política do *pesquisar com*. Logo, retomamos nosso anseio de buscar maiores informações sobre a comunidade e de refletir sobre o papel desta no processo e, com isso, planejamos a próxima etapa. Ademais, é essencial ressaltar que esses espaços coletivos, denominados pontes, permaneceram ao

longo do processo, pois proporcionaram momentos de reflexão e compreensão do percurso e a construção de cada etapa, elucidando melhor as questões teóricas e técnicas referentes ao diagnóstico participativo.

Um Olhar Sobre o Mapa

FIGURA 1 – Mapa do território adstrito à UBSF



FONTE: produzido pelas ACS

A UBSF conta, em sua sala de espera, com um mapa do território atendido, com ruas, casas, estabelecimentos, praças, entre outros, sendo a produção deste um dos critérios de avaliação do PMAQ-AB. O mesmo estava sendo confeccionado pelas ACS quando ingressamos na unidade e, por isso, acabamos nos envolvendo e auxiliando na criação.

É também a partir desse mapa, enquanto representação do território concreto, que pensamos essa oficina, utilizando-o para entrelaçar os espaços materiais situados na comunidade com o que estes representam para as ACS, buscando os significados percebidos por elas. O objetivo da oficina foi refletir e discutir aspectos culturais, sociais e ambientais produtores de saúde e adoecimento presentes na comunidade.

A oficina consistiu em uma roda de conversa com as ACS, enquanto pertencentes à equipe e à comunidade, que ocorreu na UBSF no dia 16/05/2017, durando cerca de 2h30min. Para a preservação do anonimato, serão utilizadas as siglas A1, A2, A3, A4, A5 e A6 para as identificações das falas de cada ACS.

Como lugares produtores de saúde, destacou-se a praça do bairro, a academia ao ar livre, a pracinha e o campo de futebol que nela se encontram, a ciclovia, as escolas, as igrejas, a unidade de saúde, a praia do Bosque, duas academias privadas, que oferecem *zumba*, *taekwondo* e *muay thai*, além do ensaio dos blocos de carnaval da comunidade.

Esses lugares foram assim caracterizados, pois apresentam a possibilidade de lazer, de encontro familiar e de cuidado de si.

Entretanto, alguns desses lugares também são considerados produtores de adoecimento, como, por exemplo, a praça do bairro e a ciclovia, pois se concentram lá pessoas que fazem uso e venda de substâncias psicoativas e profissionais do sexo. Bem como, o ensaio dos blocos de carnaval e os campeonatos de futebol, pelo uso de substâncias e pela violência, brigas e confronto armado.

Além disso, foi apontado pelas ACS, de forma contundente e continuada, a crescente violência presente no território, que julgam estar associada ao tráfico. Sendo apontada, ainda, a vulnerabilidade das crianças e adolescentes, que, por falta de cuidado familiar, condições financeiras ou naturalização, pelo convívio com o tráfico, acabam por ser aliciados pelo mesmo.

Sobre as condições financeiras que vivem algumas famílias, as ACS afirmaram:

- Eles não tem uns tênis pra colocar, às vezes sai de manhã e não tem um café pra tomar, aí eles chegam lá na escola e vê aqueles boyzinho de carro rebaixado, roupinha da hora, vão pra festa, bancam tudo, que são os que já tão envolvidos [com o tráfico]. Ah pára, vão se ralar, meu pai e minha mãe saem às sete horas da manhã pra trabalhar e não tem um pão pra me dar! Aí eles começam: ah não, eu vou fazer só esse pouquinho aqui, vou vender só esse pouquinho, não vou usar, e tem uns que não usam mesmo, que é pra poder comprar uma roupa (A3).

- O adolescente, tu não tira mais. O adolescente que viu que eu pego uma droga aqui e vendo lá e consigo um dinheiro, esse tu não tira mais (A3).

- Depois que entra não é tão fácil assim sair. Depois que entra só sai morto (A1).

- E uns morrem por serem confundidos com outros (A2).

Ainda sobre a falta de cuidado familiar, uma ACS coloca:

- Pra mim a violência tá associada a essas crianças que não tem o que fazer quando saem da escola. Porque elas ficam com o tempo ocioso, os pais trabalham e outros também não tão muito interessados no que eles [os filhos] tão fazendo lá na rua [...] Aí quando a mãe descobre que o filho tá lá na pracinha e descobriu que o filho tava usando droga, daí já é tarde. [...] É porque assim, eu não consigo entender esse pensamento das mães que acham que meu filho tá longe, tá lá na casa do coleguinha, tá na pracinha, ele não tá ali dentro da minha casa [...] ele tá bem. Não, ele não tá bem, tu tem que saber onde ele tá, o que ele tá fazendo (A3).

Ao serem questionadas sobre os motivos da falta de cuidado das famílias, uma ACS coloca sua leitura: *“Eu acho que cultura. Ela [a mãe] não teve nada, não foi oferecido nada pra ela. Por que que ela vai oferecer pro filho também?” (A3).* Igualmente, foi colocado pela equipe a percepção sobre suas limitações em lidar com a questão da violência e,

principalmente, com os adolescentes já envolvidos com o tráfico e com a prevenção para com os demais, visto referirem que os mesmos não compreendem os riscos em que se colocam.

Ademais, outra questão que surgiu foi sobre a percepção de uma vivência atual individualista e uma conseqüente falta de engajamento da comunidade para lidar com suas dificuldades comuns.

- O que eu tenho notado nos últimos anos, é que assim, tá muito eu, eu tenho notado isso não só na comunidade, como na família, [...] no serviço. É muito eu. Eu vou ter alguma vantagem? É muito assim, as pessoas tão muito egoístas (A3).

- [...] e outra coisa, da droga gera os ladrões. Por que que tem ladrão? Porque sempre vai ter alguém da comunidade que vai comprar o roubo daquele porque é mais barato. As pessoas querem lucrar em cima dos outros. Porque se não tivesse ninguém na comunidade pra comprar um roubo, não tinha pra quem vender, eles não iam roubar (A2).

Assim, essa oficina teve papel importante na compreensão da realidade da comunidade em sua dinâmica social, bem como da percepção e dos significados que as ACS atribuem ao contexto apresentado.

Segunda Ponte: pensando a história como constituinte do presente

Durante a oficina anterior, quando indagamos sobre os aspectos culturais, sociais e ambientais que produziam saúde-doença, as ACS levaram, naturalmente, a conversa para a história do bairro, apresentando versões e acontecimentos para sua criação. Isso nos fez questionar a importância de saber a história da comunidade, entendendo que as configurações sociais passadas refletem na compreensão e no modo de vida atual. Dessa forma, elaboramos a próxima oficina, exposta a seguir.

Um Olhar Sobre a História

Para realização desta oficina, conversamos com as ACS, com o intuito de identificar os moradores mais antigos e lideranças comunitárias do bairro para convidá-los a participar da atividade. Assim, a mesma ocorreu no dia 24/05/2017, com duração de 2 horas, em uma escola do território, com o objetivo de conhecer a história de constituição do bairro através do olhar e da vivência de cada morador.

Na ocasião, compareceram duas ACS e três moradoras, uma das quais presenteou o momento com fotografias. Para manter o anonimato, utilizamos as siglas M1, M2 e M3, bem como A1 e A2 para representar as falas das moradoras e ACS, respectivamente.

O Bosque – local de lazer

Uma das moradoras começou a contar sua história, revelando que seu pai já tinha chácaras no Bosque, quando, aos 12 anos, aproximadamente, ela se mudou para o bairro São João. O bairro era todo de areia solta e só, muitos anos depois, colocaram saibro. Lembrou que havia muitas chácaras e que os moradores, de maneira geral, viviam de pesca, agricultura e produção de verdura, recordou, também, dos verdureiros, pessoas que andavam pelo bairro vendendo verdura.

A partir das falas, entendemos que o Bosque era local de lazer, com sua praia arborizada, com campos de futebol e barquinhos de pesca, era recanto de lazer e passeio não só para os habitantes da redondeza como também de toda cidade. Chácaras, campos, pomares, plantações e pesca definiam o que o Bosque tinha para oferecer aos seus habitantes. Então, começou a surgir o bairro São João, com dunas de areia, eucaliptos e coqueiros, havia poucas casas. Destacaram que houve duas grandes enchentes, principalmente, no Bosque, nos anos de 1984 e 2016.

FIGURA 2 – Lagoa



FONTE: Imagem cedida por moradora e adaptada pelos autores.

Irmãos coragem – a ocupação

Devido ao processo de construção do porto de Rio Grande, parte dos moradores do bairro Getúlio Vargas foram realocados para o São João. As moradoras citam a lembrança desse fato, das casas de lata vindo em cima de armações de ferro, chamadas triângulo. Ao questionarmos a experiência de mudança para o bairro, uma moradora respondeu que “foi como uma invasão né” (M2). A população que começou a habitar o bairro São João era chamada de “irmãos coragem”, porque, quando as pessoas foram trazidas para morar,

tinham que ter muita coragem, pois, no bairro, não havia condições básicas, como água encanada, luz elétrica, transporte público. Simplesmente, colocaram as casas sobre a areia.

O transporte público iniciou por meio de um ônibus, conhecido como Xavante, porém este só trafegava até a Rua Saturnino de Brito, que se localiza a cerca de dois quilômetros do início e seis do final dos bairros São João e Bosque. Inclusive pelo fato de não haver escolas nos bairros, a maioria dos estudantes frequentavam escolas do centro, assim, em horários de pico, eram necessários ônibus articulados, chamados “papa-fila” ou “romeu e julieta” para circulação da população. Com o passar dos anos, começou a adentrar os bairros e, agora, cobre toda sua extensão.

FIGURA 3 – Ônibus



FONTE: Imagem cedida por moradora e adaptada pelos autores.

A igreja, a escola, o postinho – o povo construiu a comunidade

A igreja começou no Bosque, pois, inicialmente, se encontravam para rezar na escola e só mais tarde se organizaram para construir a Igreja São João. Moradoras religiosas realizaram uma doação de dois terrenos no bairro São João, em 1978, para criação da igreja: *“a comunidade foi construída pelo povo do bairro e do Bosque”* (M2).

Relataram que a escola do Bosque é bem antiga, surgiu por volta de 1956/1957, era uma casa de madeira, a primeira escola dos arredores. A professora, que era também a diretora, morava no pátio e acabava cuidando a escola, ou seja, era, também, uma espécie de zeladora.

Já na área que diz respeito à saúde, trouxeram a imagem da Dona Vanda, que era enfermeira. Relataram que ela ia nas casas, era muito exigente e se preocupava, em demasia, com a higiene do paciente. Uma das primeiras enfermeiras, basicamente, tinha duas atividades práticas, dar injeção e aferir a febre. Lembraram que existia uma casinha, um “postinho” de saúde na época, no mesmo local que é, hoje, a UBSF. A Dona Vanda

morava ali no pátio da pequena unidade de saúde, na qual trabalhava todos os dias na e para a comunidade. Mencionaram que isso ocorreu na década de 70, aproximadamente, pelo ano de 1975. Depois de muitos anos, vieram mais duas enfermeiras para ajudar a Dona Vanda. Destacaram, ainda, que os materiais eram de vidro e que tinha que ser fervido, lembrando o esmero que a Dona Vanda cuidava dos equipamentos.

Ainda sobre aspectos de saúde, realçaram a presença de muitos bichos de pé (*tunga penetrans*), a quantidade era tanta que, até em cima da cama, se encontravam e, por isso, pegava em toda parte do corpo. Brincaram que era bicho de corpo e não de pé. Havia, também, uma grande quantidade de pulgas e moscas, por causa das patentes¹⁶, já que não havia banheiro. Referiram que algumas pessoas colocavam baldes e outras faziam buracos. Quando chegava a noite, as pessoas retiravam os baldes e despejavam nos terrenos baldios. Lembraram que isso acontecia no bairro, mas que, no centro da cidade, para os ricos, tinham cabungueiros¹⁷.

Sobre as famílias, elas lembraram que a maioria possuía como renda a pesca, e que, geralmente, tinham em torno de um filho por ano. Em 1998, começou o trabalho das ACS (pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde), quando relatam ter começado a receber um cuidado melhor. Reportaram a importância da Pastoral da Criança que, vinculada à igreja, fazia acompanhamento das famílias, ajudando na atenção à saúde e ensinando hábitos de higiene. Com reuniões semanais, ensinavam a fazer xarope, multimistura, pães, limpeza do pátio para a não proliferação do bicho de pé.

Havia, também, a Pastoral da Mulher, em que elas produziam acolchoados (cobertores) e, também, roupas para as crianças.

São João – do crescimento aos novos problemas

Houve, durante as falas, lembranças do envolvimento da associação de bairro, que ajudou a colocar em prática o calçamento da comunidade, como também o asfaltamento de algumas ruas, porém foi destacado que, infelizmente, hoje, não existe mais associação. Recordaram que, de 2006 até 2010, a vila era muito pobre, as moradias eram todas barracos. *“Tudo cerca de madeira, os portões caindo”* (M1). Inclusive, o governo mandava caminhões de alimento para o bairro, o chamado Fome Zero, que aconteceu de 2011 até 2013, em que a comunidade fazia filas enormes para pegar alimentos.

- Não tinha emprego, a vida era bem mais difícil há 10 anos atrás, começou a melhorar mesmo acho que foi de 2012, 2011/2012 para cá (M2).

¹⁶ Patente, no sentido atribuído pelas participantes, refere-se ao local destinado à realização de necessidades fisiológicas (urinar e defecar). Alguns moradores construíam buracos no chão, ao enchê-los, eram cobertos com terra e iniciavam o processo, novamente, ao cavar outro buraco. Outros utilizavam baldes e despejavam os dejetos nos terrenos baldios.

¹⁷ Cabungueiros, ainda de acordo com o relato das participantes, eram pessoas que recolhiam os cabungos (utensílios de madeira em que as pessoas realizavam suas necessidades fisiológicas).

- *Fui uma vez no bosque e tinha uma casa lá que a porta era uma cortina e o fogão era tijolos na rua (A1).*

Relataram, ainda, que melhorou muito a condição econômica do bairro, já não se vê ninguém pedindo comida, relacionando esse fator com o aumento da oferta de emprego, causada pelo polo naval. Mas que, agora, está tendo uma nova onda de desemprego novamente, *“as pessoas saíram das esquinas, veio emprego [...] e agora estão voltando para as esquinas”* (M2). Lembraram que, por um tempo, houve um Posto Policial e que os brigadianos passavam a noite toda caminhando pelo bairro. Relataram o quanto isso trazia sossego para os habitantes.

Relataram que a violência contra mulher piorou com o aumento do uso de drogas e, quando indagadas sobre quando elas perceberam essa mudança, responderam que foi por volta de 2007, mas está mais acentuado agora.

- *Mulheres estão se drogando, se prostituindo, homens casados aqui do bairro indo com elas, [...] e ninguém pode fazer nada, ninguém pode proibir elas de usar droga [...] uma tava com o bebê no colo [...] e o cara derrubou ela com a criança no colo [...] ele tá desempregado, e ela tem que ir para a ciclovia arrumar dinheiro, e se ela não leva dinheiro, ela apanha (M3).*

- *as mulheres não se acreditam, não sabe fazer outra coisa, dependem dos outros (M3).*

- *a mente muito pequena [...] não abrem a mente (M1).*

- *não tem sonho (M2).*

Referiram, ainda, algumas tentativas de ações de prevenção no ponto de vista delas, como a Pastoral da AIDS, como um cuidado da saúde dos caminhoneiros. Mencionaram, também, que foi pedido pelas ACS em duas conferências de saúde, uma casa de passagem ou casa de acolhimento com profissional da enfermagem para as usuárias de substâncias psicoativas, profissionais do sexo e para mulheres que sofrem violência.

Sobre as crianças do bairro, as moradoras ressaltaram a importância dos pais e familiares:

- *Acho que precisaria de alguém que criasse alguma coisa assim, que chamasse esses pais, uma ONG, uma pastoral, sei lá, alguma coisa assim, que chamasse, que fosse assim, se sentissem obrigados a levarem essas crianças..., vou dar um exemplo, que todo mundo, tem muita gente que é contra isso aí, que é o Bolsa Família, [...] mas isso obrigou os pais a colocar as crianças na escola, que viviam soltas na rua e não iam né, agora para ganhar essa mixaria aí, eles são obrigados a ter a criança na escola. E isso ajudou bastante, talvez uma coisa parecida com isso (M2).*

- *Não incentivam os filhos, não ajudam (M1).*

A oficina foi de extrema relevância, pois pudemos olhar não só a história, tanto por relato quanto por fotos trazidas pelas moradoras, como também suas percepções sobre sua comunidade.

Terceira Ponte: produzindo olhares

Realizado esse resgate histórico, refletimos sobre o quanto a história dos bairros poderia influenciar na configuração atual do território e nas demandas apontadas pela equipe de saúde na oficina “Um olhar sobre o mapa”. No intuito de devolver os resultados que a pesquisa conseguiu encontrar, pensamos em uma oficina devolutiva, em que tínhamos como objetivo proporcionar um espaço de reflexão sobre os resultados e de acolher as perspectivas e significações da equipe sobre os mesmos.

Outro olhar sobre o território

No dia 07.06.17, realizamos uma oficina com o propósito de compartilhar com a equipe da unidade todos os dados produzidos até o momento para possíveis discussões e reflexões acerca dos mesmos. O processo da oficina se deu através de uma roda de conversa facilitada por uma apresentação em mídia digital.

Ao mostrarmos a tabela dos dados coletados através do questionário, foi observado pelas ACS que número de usuários de psicofármacos estava abaixo da realidade, demonstrando que o número descrito era respectivo aos pacientes que eram atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, foi visto que o número pessoas com diagnóstico de diabetes e hipertensão estavam muito abaixo da realidade cotidiana. Surgindo, assim, uma discussão por parte de algumas trabalhadoras sobre a fidedignidade das informações cedidas ao diagnóstico e à dificuldade de manter os dados atualizados.

Ao apresentarmos os resultados encontrados na oficina “Um olhar sobre o mapa”, as ACS reforçaram o que já havia sido discutido durante a mesma, a respeito de produção de saúde e adoecimento referente ao território. Ao mostrarmos os resultados da oficina “Um olhar sobre a história”, uma das trabalhadoras relatou que nasceu e cresceu no bairro, que seus pais foram realocados para a São João, relatando as dificuldades encontradas pelos moradores devido à falta de infraestrutura urbana, como saneamento básico, rede elétrica e transporte público coletivo.

Durante a roda de conversa, a equipe, de maneira geral, relatou a identificação de frustração por não conseguir realizar promoção de saúde, reforçando que é uma das atividades que a RMSF poderia contribuir. Ressaltaram que não conseguem fazer esse tipo de trabalho, pois existe muita burocracia, alta demanda e desvio de funções. Foi destacado, por uma ACS, o fato de não ter mais Agentes de Combate às Endemias (ACE), como a dengue, o que acabou sobrecarregando ainda mais seu trabalho.

Na fala de uma delas, percebeu-se que não se identificava mais como ACS, pois já não exerciam todas as funções que deveria, tais como as visitas domiciliares preconizadas por turno, o cuidado integral e a promoção da saúde, não pela falta de vontade, mas sim pela falta de tempo. Uma das ACS relatou, também, não receberem remuneração de acordo com a ESF. Foram recordadas as ações de promoção da saúde realizadas pela equipe em outros momentos, como o baile do idoso, festa da criança, passeios de ônibus, teatros e apresentações da equipe para a comunidade, visando à educação em saúde.

Análise e discussão

A partir dos resultados, sistematizados e apresentados ainda durante o processo do diagnóstico comunitário participativo, selecionamos, através da análise temática, duas categorias que julgamos relevantes para a compreensão do contexto comunitário e da equipe: complexidade da demanda e condições de trabalho. Pretendemos com essa discussão proporcionar diferentes olhares sobre essas questões e suas possíveis articulações.

Sobre a complexidade da demanda

Acreditamos que refletir sobre a demanda que se apresenta na Unidade é uma forma de analisar uma questão levantada, diariamente, pela equipe e citada, inúmeras vezes, no decorrer do diagnóstico: o número de pessoas atendidas pela equipe. Cabe ressaltar que utilizamos o conceito de demanda no sentido apropriado pela equipe, ou seja, como a percepção das necessidades de atenção à saúde da comunidade.

Dentre todas as informações produzidas, tivemos uma que causou estranheza e incômodo em nós e na equipe: o número de pessoas moradoras do território, isto é, 3.866. Mesmo que esse número represente seis das sete microáreas, havia, na UBSF, um consenso de que a população era maior que 5 mil pessoas. Nos questionamos sobre essa disparidade entre nossa percepção sobre a população do território e o número apurado, bem como sobre a possível origem da disparidade. Os profissionais acreditavam que a população do território havia aumentado, levando em consideração a enorme demanda atendida todos os dias e o sentimento de sobrecarga de trabalho. Entretanto, gostaríamos, aqui, de apontar outras questões atreladas à demanda, além do número de atendimentos ou população.

Entendemos que as questões de saúde devem ser analisadas por meio de perspectivas que compreendam as condicionantes ambientais e sociais produtoras do adoecimento, pois “as condições de vida da população, como trabalho, renda, moradia, acesso à educação e à saúde, entre outros fatores, se relacionam com seu processo de saúde” (SARRIERA *et al*, 2015, p.191). Assim, podemos perceber que a demanda atendida pela Unidade se complexificou ao longo do tempo, devido à ampliação da compreensão

sobre o conceito de saúde, ao aumento da complexidade das equipes, agora, com diferentes núcleos profissionais e o conseqüente aumento da oferta de atendimentos, acarretou em uma apropriação de situações que antes não eram absorvidas. Ainda, é essencial ressaltar o momento histórico no Brasil, em que o desmonte das políticas públicas e as reformas trabalhistas e previdenciárias que afetam as condições de vida da população, resultam na redução da capacidade do Estado em atender às diversas necessidades dos sujeitos, agravando os problemas de saúde.

Assim, não temos a pretensão de apontarmos verdades e sim indícios que nos ajudem a pensar sobre o sentimento de sobrecarga de trabalho dos profissionais, percebendo a complexidade dos aspectos sociais, ambientais e econômicos do território, sem negar a alta demanda que testemunhamos diariamente.

Nesse sentido, utilizando uma demanda apontada pela equipe, podemos refletir sobre a complexidade de condicionantes de determinada situação e de ações para cuidá-las. Como exemplo, os profissionais relataram dificuldades em lidar com o uso, abuso e comercialização de substâncias psicoativas que ocorre no território, devido a suas diversas variáveis e à aparente limitação de suas práticas para “resolver” o problema, sendo, inclusive, visto, em alguns momentos, como algo insolucionável. Para eles, a maior parte da violência existente na comunidade seria consequência da comercialização e do uso das substâncias psicoativas ou estaria associada a ela.

As substâncias psicoativas, conforme Hart (2014), não são o problema ou o cerne da questão do uso ou da dependência, a problemática consiste na própria estrutura social - ou na falta dela - que os sujeitos estão inseridos. Fatores como a pobreza, a falta de oportunidades educativas, a discriminação racial e a marginalização de certos grupos sociais influenciam os sujeitos em suas ações. Desse modo, o autor reflete sobre “como atribuímos causas aos atos das pessoas e deixamos de reconhecer a complexidade das influências que nos conduzem pelos caminhos que tomamos na vida” (Ibid, p.23), exemplo da individualização e culpabilização das pessoas sobre seus processos saúde-doença.

Assim como a questão relativa às substâncias psicoativas, é necessário olhar para as demandas não como problemas de saúde a serem resolvidos, mas com uma compreensão ampliada da produção social do adoecimento, reconhecendo a importância de ações intersetoriais e de políticas públicas que impactem positivamente as condições sociais e, principalmente, percebendo como legítimas as vontades e os desejos dos indivíduos e das comunidades.

Outro fator essencial que compõe a complexidade do território se refere aos vínculos sociais, às relações com o outro. Entretanto, as relações da vida moderna se estabelecem em um mundo cada vez mais acelerado e veloz, caracterizado pela modernidade imediata, que é fluível e dinâmica (BAUMAN, 2001). A rapidez exposta, aqui, não se restringe à

circulação de informações, mas estende-se às vidas, às relações que viemos, expondo no decorrer da nossa escrita. Neste contexto, Bauman (2001) nos mostra o quanto os vínculos estão frágeis e voláteis, construindo laços transitórios que podem ser estabelecidos e rompidos facilmente. Essa “[...] nova fragilidade dos laços humanos.” (BAUMAN, 2001, p.195), encontrada nas famílias, nos trabalhadores, na sociedade em geral, não permite que se estabeleçam laços contínuos, num empecilho para a construção de um elo entre as pessoas.

Isto posto, é, nesse espaço de reflexão, que podemos interligar os conteúdos expostos anteriormente, em conjunto com a ideia primária ESF, que prioriza o contato com o outro, a escuta, o reconhecimento das condições ambientais, sociais e culturais e, principalmente, o estabelecimento dos vínculos entre os sujeitos. Podemos perceber o quanto as realidades caminham em destinos opostos, porém intrinsecamente presentes e dependentes, bem como pensar a própria configuração da atenção como resistência ao modo de vida contemporâneo que expõe o autor.

Sobre as condições de trabalho

A discussão sobre as condições de trabalho que os profissionais de saúde estão inseridos surgiram inúmeras vezes no processo do diagnóstico e, assim como a demanda, éramos, também, testemunhas das mesmas enquanto residentes. É devido à centralidade que esse tema carrega quando discutimos sobre o processo de trabalho das equipes, principalmente, no que tange à capacidade de resposta às demandas da comunidade, que este se configura enquanto uma categoria de análise.

Quando pensamos em condições de trabalho, levamos em consideração os aspectos materiais e simbólicos que compõem o ambiente de trabalho, que, por sua vez, afetam não só materialmente como emocionalmente o trabalhador, a partir da configuração desse modo de trabalhar e de se relacionar. Conforme relatado pela equipe, a alta demanda, a falta de profissionais e a burocratização decorrente da alimentação de sistemas, como E-SUS e Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), e produção de relatórios para programas, como Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Programa Saúde na Escola (PSE), Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), resulta em sobrecarga de tarefas e atividades. Tem-se, então, como burocratização o preenchimento, além de prontuários, de diversos formulários, dentre eles, notificações, fichas de atividade coletiva. Segundo Lemke (2009), um dos trabalhos mais normatizados é dos agentes, seja no conjunto de metas de produtividade, seja no modo de organização do trabalho. Assim, “a tendência nestes casos é um uso utilitarista dos agentes, que se tornam simples agentes burocráticos, um recurso humano simplificado”, o que corrobora com os

sentimentos expressados pelas ACS, limitando a potencialidade do trabalho desses profissionais no território (LEMKE, 2009, p. 42-43).

Ainda, Costa e colaboradores (2018) constataram que fatores como a insuficiência de pessoal, a falta de recursos para atendimento adequado, a extensa jornada e a grande demanda de trabalho geram uma sobrecarga de trabalho, fazendo com que o profissional não se sinta valorizado e, muitas vezes, insatisfeito com a profissão e com o ambiente de trabalho. Da mesma forma que a valorização profissional está atrelada à remuneração e ao vínculo trabalhista aos quais estão submetidos.

Nesse sentido, a verticalização das relações tem aspecto fundamental nesse cenário, seja com a própria equipe, seja com a gestão, pois muitas ações são implementadas, sem a participação dos trabalhadores da ponta, executores, conforme relatado pela equipe. Assim, conforme Costa e colaboradores (2018), a falta de diálogo e de reflexão sobre o processo de trabalho, a verticalização das normativas ligada a resultados imediatistas, bem como, conforme Maffia e Pereira (2014), a cultura autoritária, paternalista, individualista e conservadora se constituem como aspectos das condições de trabalho que favorecem o surgimento do sofrimento psíquico.

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora (DEJOURS, 1987).

Percebe-se, assim, o papel que as condições de trabalho possuem na potência de ação dos profissionais, isto é, na capacidade de perceber e responder às demandas trazidas pela comunidade, conforme discutido na categoria anterior. Bem como entendemos ser essencial resgatar e construir espaços de diálogo entre a equipe, promovendo formas mais horizontais de se relacionar, apontando para modos mais participativos de gestão, o que terá impacto não só na saúde do trabalhador, como da população.

Considerações Finais

Após retomar a trajetória percorrida durante o diagnóstico, percebemos o quão valioso foi a aposta na metodologia participativa, pois, aos poucos, pudemos conhecer o território, a comunidade e a equipe, através das oficinas, possibilitando que escutássemos quem realmente compõe esse cenário, tendo, na sua história, o saber, sentindo, no seu dia a dia, as necessidades e os desejos de saúde e vida. Além da experiência que essa aproximação nos proporcionou, sentimos o desenvolvimento de maior vínculo com colegas da equipe e usuários, principalmente, com as agentes comunitárias que, além de se

disponibilizar a participar de todas as etapas sendo grandes parceiras nesse processo, desempenham esse duplo papel profissional-comunidade.

Ainda foi possível discutir duas questões que saltaram aos olhos durante o curso que consideramos essenciais tanto para a elaboração do diagnóstico quanto para o processo de trabalho da equipe. Compreender a demanda, enquanto necessidade do usuário em seu contexto sócio-histórico, e as condições de trabalho, como o meio no qual os profissionais desempenham suas funções, é primordial para pensarmos as possibilidades de estabelecimento de vínculo entre ambos para a construção da corresponsabilização do cuidado.

Nesse sentido, entendemos que o diagnóstico comunitário participativo não encerrou no dia 06/07/17, pois ele tornou-se o início de um processo de trabalho coletivo que perdurou durante nossa estada na UBSF como residentes. A partir dele, desenvolvemos um projeto através do Programa Saúde na Escola com as ACS e as equipes escolares, abarcando as três escolas do território e 150 crianças de 4 a 7 anos, desenvolvendo, por meio de atividades lúdicas, a promoção da cultura da paz, cidadania, direitos humanos e prevenção das violências, pensando a escola como um potente local para produção social de saúde. Essa ação, por sua vez, só foi possível através dos encontros e do conhecimento produzido pelo diagnóstico participativo.

A prática é participativa quando inclui o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos, garantindo o protagonismo dos sujeitos implicados. Conduzir uma prática participativa é tomar a intervenção não como ação de um sujeito sobre um objeto, mas estabelecer outra relação entre sujeito e objeto que se faz na ação de produzir com, ou coproduzir (PASSOS, 2015, p. 18).

Quando falamos em coprodução, referimo-nos, igualmente, ao processo desenvolvido entre a própria equipe de residentes, através por exemplo das diferenças quanto às percepções, referencial teórico e linguagem, tão notado durante o processo de escrita. Esse encontro possibilitou a aproximação entre os núcleos de saberes e o tão necessário aprendizado multiprofissional. O que, por sua vez, foi facilitado e potencializado pelo acompanhamento e pelo suporte da disciplina de Metodologia da Pesquisa em nossa trajetória. Assim, retomamos as perguntas iniciais deste trabalho, não com o intuito de respondê-las, mas de reafirmar que suas respostas não existem *a priori*, pois, se defendemos uma ética democrática, só serão encontradas, ou melhor, fabricadas no encontro entre todos os atores envolvidos nos processos de cuidado em saúde. E nesse sentido o diagnóstico comunitário participativo se torna uma ferramenta crucial.

Referências

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento de educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v.6, p.51-62. jan.-dez. 2007.

COSTA, C. S.; NORMANN, K. A. S.; TANAKA, A. K. S.; CIOLELLA, D. A. A Influência da Sobrecarga de Trabalho do Enfermeiro na Qualidade da Assistência. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 55, n. 4, p.110-20,out./dez. 2018

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

ESTEVES, E. G.; PEREIRA, C. da S.; SPINK, P. K.. Conexões da Zona Sul: mapeamento participativo de atores, ações e relações solidárias. **Athenea Digital: revista de pensamento e investigação social**, v. 19, n. 1, p. 3, 2019.

FALS-BORDA, O.; MOHAMMED, A. R. **Romper el monopolio del conocimiento. Situación actual y perspectivas de la Investigación-Acción Participativa en el mundo**. Buenos Aires: Lanzas y letras. 2013.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Carlos Rodrigues Brandão (Org.). **Pesquisa Participante** (pp. 34-41). São Paulo: Ed. Brasiliense, 1999.

GALINDEZ, S. **Qué es un diagnóstico participativo**. UNESR – Núcleo Canoabo, 2007. [documento interno]

HART, C. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LEMKE, R. A. **A itinerância e suas implicações na construção de um ethos de cuidado**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MAFFIA, L. N; PEREIRA, L. P. Estresse no Trabalho: Estudo com Gestores Públicos do Estado de Minas Gerais. **REAd. Rev. eletrôn. adm.** vol.20, no.3, Sept./Dec. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112014000300658> Acesso em 13/05/2020.

PASSOS, E. H. (2015). Prefácio. In L. Polejack, A. M. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski, **Psicologia e políticas públicas em saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios** (pp. 14-18). Porto Alegre, RS: Rede Unida.

RIBEIRO, P.; PEDROSA J.; NOGUEIRA, L.; SOUSA, M. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v6i4.1213. 2012.

SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E.; ALFARO, J. (Orgs). **Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária: a Comunidade como Protagonista**. 1. ed. Porto Alegre: Meridional Sulina Editora, 2015.

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Vanessa Cáceres Paschoal

Maicon Borges Moraes

Daniele Concli Loureiro Teixeira

Mariana Gauterio Tavares

Vera Torres Das Neves

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis têm tomado dimensões epidêmicas, o que contribui para agravos na população (DUTRA *et al*, 2016), causando, aproximadamente, 38 milhões de mortes anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Entre elas, as doenças cardiovasculares (DCV) apresentam grandes índices de morbidade e mortalidade no mundo, sendo que, apenas no Brasil, representam 27,7% de todas as mortes registradas em um ano (MINISTERIO DA SAUDE, 2016) e 38% dos óbitos na faixa etária produtiva (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Em termos de saúde pública, o custo para o País, devido às internações hospitalares por DCV, é o mais alto em comparação às demais doenças (DUNCAN; STEVENS; SCHIMIDT, 2012). Além disso, as doenças cardiovasculares e suas complicações têm impacto elevado na perda de produtividade no trabalho e na redução da renda familiar, resultando em um déficit de mais de US\$ 4 bilhões na economia brasileira (MALTA *et al.*, 2019).

As DCVs envolvem uma ampla gama de distúrbios, como doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e a hipertensão (KOP; PLUMHOFF, 2012). Entre elas, a doença arterial coronariana (DAC) vincula-se, diretamente, ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas, o que resulta em estreitamento das artérias coronárias, que, devido à redução do fluxo sanguíneo, diminui a chegada do oxigênio ao coração (FRANCO; MATOS, 2005).

Cardiologistas, já no final da década de 1950, perceberam a existência de um padrão de comportamento predisposto a problemas coronarianos que abrangem competitividade, forte senso de urgência e hostilidade, que classificaram como comportamento tipo A. As pessoas que foram classificadas como tendo o comportamento tipo B são mais relaxadas e

não sentem tanto a pressão por considerações relacionadas com o tempo, tendendo a resistir mais às doenças coronarianas (FRIEDMAN; ROSENMAN, 1959).

Outro trabalho, associando aspectos psicossociais ao coração, vem do celebrado estudo INTERHEART. Esse foi um estudo de caso e controle, envolvendo uma população diversificada em 52 países, publicado em dois artigos, no *Lancet* em 2004, identificando fatores de risco do primeiro infarto. Os fatores psicossociais, estresse e depressão estavam relacionados ao aumento do risco de IAM, na mesma intensidade, como a hipertensão e a obesidade (Rosengren, 2004).

Estudos vieram corroborando com esses achados, como Wong (2013) e Allan e Fisher (2012), que também evidenciaram a influência que o temperamento e as emoções exercem no surgimento e no agravamento das doenças cardíacas. Outro exemplo, o estudo com pacientes diagnosticados com DAC apresentou uma variação de prevalência de 15% a 40% de depressão, além de um risco, aproximadamente, duas vezes maior de eventos cardíacos subsequentes fatais ou não fatais (NICHOLSON; KUPER; HEMINGWAY, 2006).

Recentemente, o Dr. Yusuf publicou, no periódico *Circulation*, uma análise do INTERHEART (2016), envolvendo 12.461 casos de primeiro infarto, buscando avaliar o papel de exercícios físicos vigorosos, raiva e distúrbios emocionais como gatilhos desses eventos. Os pacientes responderam a perguntas simples, na entrada, sobre o que houve uma hora antes do início de seus sintomas: se estiveram fazendo atividade física, tiveram raiva ou um distúrbio emocional forte. Ficou evidenciado que raiva e distúrbio emocional foram importantes gatilhos de infarto, em todas as regiões do mundo, em ambos os sexos e independentes de outros fatores.

Entre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, os aspectos psicológicos passaram a ser considerados bastante significativos. Conforme o trabalho de revisão bibliográfica de Rozanski (2014), a depressão, ansiedade, hostilidade, estresse crônico e baixo suporte social aparecem associados ao aumento do risco cardiovascular. Nesse sentido, entende-se a necessidade de identificar tais sintomas quando aparecem, com o objetivo de fornecer um melhor tratamento ao paciente.

A partir disso, estudos passaram a reconhecer que, dentre os padrões de características de personalidade, as que realmente se associam a um aumento do risco de doenças cardiovasculares são a hostilidade e a expressão de raiva (TAYLOR, 2018); (Wong, 2013; Keith, 2017). Alguns artigos ainda discutem sobre esses fatores e seus mecanismos de atuação. O estresse, característica comumente encontrada entre pessoas com o comportamento Tipo A, provoca o aumento do colesterol-LDL e a diminuição da fração colesterol-HDL, o que seria preditivo de um aumento de doenças cardiovasculares (RONSEIN *et al.*, 2003). O estresse afeta a pressão arterial, ao estimular o sistema nervoso simpático, gerando aumento da frequência cardíaca e da força contrátil dos batimentos

cardíacos, além da resistência periférica, aumentando, assim, o risco de DAC (LIPP; ROCHA, 1996).

Para Kolzet e Inra (2012), a ansiedade afeta a estabilidade elétrica do coração e, também, pode contribuir para aterogênese, que é a formação de lesões ateromatosas nas paredes arteriais. Episódios repetidos de ansiedade aguda podem evocar forças hemodinâmicas, como a turbulência, e o estresse consequente pode aumentar o dano endotelial, contribuindo para a aterosclerose (acúmulo de placas de gordura e outras substâncias). Além disso, o estresse hemodinâmico agudo ocasionado por estados emocionais temporários intensos pode causar a ruptura de placas, levando a eventos cardíacos agudos ou à cardiomiopatia de estresse.

Além disso, estudos apontam que indivíduos com transtornos de ansiedade são propensos ao tabagismo, bem como a ter vida sedentária, dois dos principais fatores de risco para doença coronariana. Do mesmo modo, a raiva, a hostilidade e o comportamento agressivo desempenham um papel central na análise de que as emoções negativas e traços de personalidade relacionados influenciam o desenvolvimento e o curso da DAC. Ademais, há o efeito do estilo de comportamento hostil, que é a tendência de interpretar as ações dos outros envolvendo uma intenção agressiva. Assim, a hostilidade envolve a desvalorização dos motivos alheios, uma expectativa de que os outros são prováveis fontes de más intenções, uma visão de estar em oposição em relação aos outros, e um desejo de infligir dano ou ver os outros prejudicados (KOLZET; INRA, 2012).

Em contraste, a raiva é uma construção, uma emoção desagradável que varia em intensidade de irritação ou contrariedade, que pode chegar à fúria. Pode haver, nesses casos, a tendência a experimentar episódios mais frequentes e prolongados de raiva, desprezo e ressentimento. Quanto às formas de expressão da raiva, há diferentes características de respostas, como a expressão de raiva para fora ou para dentro. A expressão de raiva para fora (ERPF) é a tendência a expressar abertamente a raiva, direcionando-a para pessoas ou objetos; já a expressão de raiva para dentro (ERPD) é a tendência a suprimir ou negar a raiva, com ruminação dos sentimentos, ressentimentos e mágoas (SMITH; TRAUPMAN, 2012). Agressão, por outro lado, envolve comportamentos, como atacar, ser destrutivo, ou agir de maneira ofensiva, que vai desde a crítica velada e sarcasmo, insulto, olhares intimidadores até comportamento fisicamente ameaçador. Como característica, a agressividade compreende a tendência em exibir esse tipo de comportamento e a ter um limiar mais baixo para tais respostas (ALLAN; FISHER, 2012).

A raiva, a hostilidade e a agressividade podem implicar dificuldades para as mudanças de comportamento de alta prioridade para os pacientes coronarianos, que devem diminuir os fatores de risco modificáveis, como a adesão aos regimes médicos, reabilitação baseada em exercícios e cessação do tabagismo. Essa interferência, provavelmente,

envolve não apenas os efeitos perturbadores da irritabilidade na manutenção da mudança de comportamento em circunstâncias difíceis, mas também o fato de levar a uma redução do apoio social, causada por surgimento de conflitos interpessoais (ALLAN; FISHER, 2012).

Rozanski (2014) relata, ainda, que, apesar da existência de muitas pesquisas sobre os fatores de risco psicológicos em cardiopatas, a melhor estratégia de manejo ainda é inconclusiva. Ladwig *et al.* (2014) refere que conclusões sobre a eficácia de ações em saúde primária, como orientações nutricionais e de atividades físicas em indivíduos saudáveis, ainda não são possíveis para avaliar a eficácia da redução do risco cardiovascular e diminuição da mortalidade por eventos cardíacos. Segundo o estudo de De Waure *et al.* (2013), a maior eficácia quanto à intervenção, nos fatores de risco psicológico, é no que diz respeito à prevenção secundária em pacientes que já possuem alguma doença cardiovascular ou alto risco para desenvolver.

Tratando-se de prevenção secundária, há um impacto positivo dessas ações sobre a qualidade de vida, adoção de padrões de comportamentos mais saudáveis e redução do risco de doenças psicossomáticas, havendo impacto, inclusive, sobre a mortalidade relacionada à cardiopatia (LADWIG *et al.*, 2014; WHALLEY *et al.*, 2011). Dentre as técnicas psicológicas utilizadas na diminuição destes fatores de risco psicológicos em cardiopatas, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido a mais frequentemente relatada por sua eficácia (BARNASON; ZIMMERMAN; YOUNG, 2012; DEKKER *et al.*, 2012; FREEDLAND *et al.*, 2012; IRVINE *et al.*, 2011).

O tabagismo é um fator que interfere no risco de doenças cardíacas, levando à diminuição das chances de superar o infarto do miocárdio entre fumantes em comparação aos indivíduos não fumantes, além de aumentar, em mais de duas vezes, as chances de ataque cardíaco (AMERICAN HEART ASSOCIATION,(2020).

A obesidade aumenta o risco de hipertensão, assim como de outras doenças cardiovasculares, também, pela predisposição a associar-se a altos níveis de colesterol. O colesterol é um grande responsável pela formação de placas ateroscleróticas e os indivíduos que sofrem de hipercolesterolemia, em que há nível geneticamente alto do colesterol, têm maior incidência de doenças cardiovasculares (STRAUB, 2013).

A pressão arterial, quando muito alta, traz o risco de danos aos vasos sanguíneos e causa arteriosclerose. A hipertensão pode ser resultado da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. O sobrepeso, sedentarismo e estresse excessivo podem ser geradores da hipertensão em pessoas que já possuem predisposição biológica, assim como pode estar relacionada com ansiedade e raiva (STRAUB 2013).

Por isso, considera-se importante identificar a correlação entre os fatores de risco a fim de oferecer suporte ao paciente desde que este recebe um diagnóstico relacionado a uma doença cardíaca. Essa intervenção teria como objetivo melhorar a sua qualidade de

vida, diminuir o agravamento da doença e, conseqüentemente, seria uma tentativa de prolongar sua expectativa de vida, pois, à medida que o indivíduo torna-se consciente da interferência dos aspectos psicológicos nos eventos clínicos, ele tem a possibilidade de aceitar melhor o tratamento psicológico e modificar seus hábitos de saúde e sua exposição ao estresse, aumentando suas chances de alcançar uma sobrevida maior, com melhor qualidade.

Considerando os altos índices de morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, altos custos do tratamento para o sistema de saúde e diminuição na qualidade de vida dos pacientes cardiopatas, entende-se a necessidade de mais pesquisas na área. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e psicológico de pacientes com DAC, correlacionando dados psicológicos (escalas de depressão, ansiedade, estresse, raiva e hostilidade), dados clínicos (pressão arterial, frequência cardíaca, IMC, glicemia) com sexo e idade, e fatores relacionados ao estilo de vida (tabagismo e sedentarismo).

Metodologia

Estudo transversal correlacional, incluindo a descrição do perfil clínico e psicológico de pacientes com DAC, possuem prontuário completo e realizaram consulta médica e multiprofissional no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG).

Na coleta de dados, utilizou-se o material de registro dos prontuários de 22 pacientes com DAC, já atendidos por equipe multiprofissional no Ambulatório, no período de julho a outubro de 2014, para compor um banco de dados. Nos critérios de exclusão, ficaram os pacientes cujos dados estavam incompletos. A equipe multiprofissional era composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e profissionais de educação física. Todos obtinham um questionário padrão, com questões específicas clínicas de cada área – as quais compuseram o banco de dados.

Os dados do perfil psicológico dos pacientes da amostra selecionada também foram obtidos rotineiramente, através de entrevistas individuais realizadas e instrumentos aplicados no início de seu tratamento ambulatorial, pela equipe da psicologia, com pacientes em consulta no Ambulatório de Cardiologia.

Foram utilizados os escores dos seguintes instrumentos:

Inventário de Depressão de Beck (BDI, 2001) é um instrumento de autoaplicação individual ou coletiva para medir a intensidade da depressão. O BDI revelou-se de alta confiabilidade ($\alpha=0,86$) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, onde o maior escore (63) indica alto grau de depressão e o escore mais baixo (0) corresponde

ausência de depressão. Escores de zero a 11 indicam sem depressão ou depressão mínima; escores de 12 a 19, depressão leve; escores de 20 a 35, depressão moderada e escores de 36 a 63, depressão grave (CUNHA, 2001).

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI, 2001) avalia o rigor dos sintomas de ansiedade. A escala é composta por 21 itens e descreve sintomas comuns à ansiedade, sendo pontuados de 0 a 3. A soma varia de 0 a 63, refletindo somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas da ansiedade. A escala apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,92$) e faixa de correlação, variando de 0,30 a 0,71 (Mediana=0,60). Escores até 10 pontos significam ansiedade mínima; de 11 a 19, ansiedade leve; de 20 a 30, ansiedade moderada e 31 a 63, ansiedade grave (CUNHA, 2001);

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL, 2005): utilizado para identificar a sintomatologia do sujeito, verificando se demonstra sintomas de estresse, se é físico ou psicológico, e a fase onde se encontra. É dividida em quatro fases. A primeira é a fase de alerta, quando ocorre reação de enfrentamento ou fuga; na segunda, há uma permanência da primeira fase por tempo indeterminado, causando sensação de desgaste e fadiga e a terceira e quarta fases geram a quase exaustão e a exaustão. Na terceira fase, as doenças ainda não são tão graves, e o indivíduo ainda consegue trabalhar e se relacionar socialmente. Quando o respondente marca 7 itens no quadro I, significa que se encontra em fase de alerta; se marcar 4 itens ou mais no quadro II, significa que se encontra na fase de resistência e, se marcar 9 itens ou mais, no quadro III, o respondente encontra-se em fase de quase exaustão ou de exaustão (LIPP, 2000);

Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI-2, 2010) avalia a agressividade através da mensuração de experiências e expressões de raiva. Trata-se de uma escala composta por 57 itens, que formam seis escalas, cinco subescalas e um Índice de Expressão da Raiva (IER), que fornece uma medida completa da expressão e do controle da raiva. As escalas e subescalas dizem respeito ao Estado de raiva, Sentimento de raiva, Vontade de Expressar Raiva Verbalmente, Vontade de Expressar Raiva Fisicamente, Traço de Raiva, Temperamento de raiva, Reação de raiva, Expressão de Raiva para dentro, Expressão de Raiva para Fora, Controle da Raiva para Fora, Controle da raiva para Dentro e Índice de Expressão da Raiva. Percentis menores que 25 são considerados baixos, de 25 a 75 médios e acima de 75 altos. A validade do STAXI-2 foi verificada por dois métodos: análise da estrutura interna a partir da Análise Fatorial e da correlação com outro teste que avalia características semelhantes. Todas subescalas possuem alpha maiores que 0,60 (SPIELBERG, 2010).

Para avaliação dos parâmetros clínicos, foram utilizadas informações sobre obesidade, glicemia, tabagismo, prática de atividade física, pressão arterial sistêmica e

frequência cardíaca, levando em consideração a idade e sexo. Obtidos dos prontuários específicos de cada área.

Para fins de definição de parâmetro para se considerar o indivíduo obeso ou não, foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), que é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica, realizado através da fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / (\text{Altura(m)})^2$. Com este cálculo, é possível verificar se há algum grau de desnutrição, se o paciente está no padrão de normalidade, com sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida. Após a realização do cálculo, definem-se os parâmetros a partir da tabela de referência, que traz os seguintes escores: abaixo de 18,5, considera-se um indivíduo em estado de desnutrição; entre 18,5 e 24,9, peso normal; entre 25,0 e 29,9, sobrepeso; entre 30,0 e 39,9, obesidade e, acima de 40,0, obesidade mórbida (DUNCAN *et al.*, 2013).

A glicemia foi verificada pelas faixas de alterações laboratoriais que definem as categorias de tolerância à glicose e o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Ela é considerada normal quando menor que 110, em exame realizado com jejum de 8 horas, e menor que 140, quando verificado 2 horas após a ingestão de 75 gramas de glicose; considerada alterada quando glicemia de jejum é 110 ou maior e menor que 126; tolerância à glicose diminuída é quando ela aparece menor que 126 em jejum de 8 horas e 140 ou maior, porém menor que 200, quando verificado 2 horas após a ingestão de 75 gramas de glicose; já o Diabetes é quando o valor da glicemia é 126 ou maior quando em jejum de 8 horas, 200 ou maior quando verificado 2 horas após a ingestão de 75 gramas de glicose e quando, casualmente, maior que 200 com sintomas (DUNCAN *et al.*, 2013).

Com relação ao tabagismo e à atividade física, foi consultado em prontuário o registro realizado pelo profissional cardiologista, registrando-se somente se ocorria ou não a prática de tais comportamentos.

A pressão arterial, neste trabalho, obteve como parâmetros os utilizados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, em que a pressão arterial ideal para a minimização do risco de problemas cardiovasculares situa-se abaixo de 120/80 milímetros de mercúrio (mmHg). Adicionalmente, foram considerados limítrofes os valores abaixo de 140/90 mmHg, e elevadas as medidas acima desses valores (SBH, 201014).

Considerando que, no presente trabalho, foram utilizados, como base de dados, apenas prontuários de adultos; considera-se a frequência cardíaca normal quando os batimentos oscilam entre 60 e 100 batimentos por minuto (bpm). Quando acima de 100 bpm, considera-se arritmia de frequência, que pode apresentar-se como taquicardia; quando abaixo de 60 bpm, considera-se bradicardia (frequência cardíaca lenta); e frequência igual ou superior a 300 bpm, fibrilação e flutter arterial (arritmias cardíacas originadas nos átrios) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS, 2014).

Foram consideradas variáveis demográficas, como idade e sexo dos participantes incluídos na amostra.

Este estudo foi realizado em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa clínica e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG (atual CEP/FURG) e aprovado, obedecendo às diretrizes da Resolução 466/12, publicada no DOU nº 12, de 13 de junho de 2013- seção 1, pág 59.

Análise de dados

Os dados foram analisados no software estatístico IBM SPSS, versão 17, em que foram realizadas análises de frequências dos dados psicológicos, como depressão, ansiedade, raiva e estresse e clínicos, como obesidade, glicemia, tabagismo, atividades físicas, pressão arterial e frequência cardíaca, considerando a idade e o sexo. Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov – Smirnov e, em seguida, o teste T de Student, usado para examinar a existência de diferenças significativas entre os níveis dos indicadores clínicos em função dos níveis observados dos indicadores psicológicos. Finalmente, foi construída uma matriz de correlações entre os indicadores psicológicos e clínicos observados, com uso do coeficiente de Spearman, por se tratar de teste não paramétrico, que não é afetado pela ocorrência eventual de distribuição enviesada em alguma das variáveis examinadas. Nesse estudo, foi adotado o nível de significância estatística de 0,05 (probabilidade de erro de 5%).

As correlações entre as variáveis foram examinadas de quatro maneiras: em primeiro lugar, foram examinadas as relações entre as variáveis fisiológicas entre si, ou seja, as correlações entre hábitos de saúde e indicadores de doenças cardiometabólicas. Em segundo lugar, foram verificadas as relações entre depressão e ansiedade com as variáveis fisiológicas. Em terceiro lugar, foram verificadas as relações entre raiva e variáveis fisiológicas e, por fim, verificadas as relações entre depressão, ansiedade e raiva entre si. Foi utilizada a interpretação de Cohen (1988), em que valores, entre 0,10 e 0,29, são considerados pequenos; entre 0,30 e 0,49, são considerados médios e, acima de 0,5, são interpretados como grandes.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 22 pessoas, todas com diagnóstico de doença arterial coronariana, sendo 12 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A idade variou entre 28 e 74 anos, tendo média de 58,36 anos e mediana de 60,50 anos. A faixa etária, com maior frequência, foi a de 60 a 69 anos.

Na escala de ansiedade, foi possível verificar que 10 dos indivíduos da amostra encontram-se no nível de ansiedade mínima; os outros 10 estão divididos igualmente nos níveis de ansiedade leve e moderada, enquanto apenas 2 encontram-se no nível de ansiedade grave. Na escala de depressão, verificou-se que 12 dos indivíduos não apresentam depressão ou apresentam depressão mínima; 8 dividem-se, igualmente, nos níveis de depressão leve e moderada, e apenas 2 apresentam depressão grave, levando em consideração que esses dois indivíduos encontram-se na faixa etária dos 60 aos 69 anos.

Na escala de estresse, foi verificado que a maior parte dos indivíduos não apresenta níveis significativos de estresse. Dentre os que apresentam níveis consideráveis, a maior parte, igualmente nos sexos masculino e feminino, encontra-se no nível de resistência, que aparece quando há uma permanência da fase de alerta por tempo indeterminado, iniciando, assim, uma adaptação do organismo aos eventos estressores, sendo, portanto, acompanhada de sensação de desgaste e fadiga. No Inventário de Expressão de Raiva, como Estado e Traço, a maioria dos participantes (48,9%), levando em consideração idade e sexo, enquadrou-se dentro da normalidade, ou seja, com percentis entre 25 e 75; 37,5% enquadraram-se nos percentis acima do estabelecido pelo Inventário como normal, e 13,6% dos escores correspondem a níveis considerados abaixo da normalidade.



A pressão sistólica mais baixa registrada foi de 90mmHg, e a mais alta 160mmHg, enquanto a pressão diastólica mais baixa foi de 60mmHg e a mais alta 105mmHg. As pressões sistólica e diastólica tiveram média, respectivamente, de 120mmHg (DP = 11,32) e 80mmHg (DP = 7,56). A frequência cardíaca mais baixa registrada foi de 61bpm e a mais

alta, 100bpm. As frequências não apresentaram sinais de arritmia de frequência que pudessem se apresentar como taquicardia ou bradicardia. A glicemia indicou que 16 dos indivíduos apresentaram níveis elevados ($M = 96,33$; $DP = 2,88$), sendo que 12 deles podiam ser considerados diabéticos. Em relação à atividade física, 11 dos indivíduos foram classificados como sedentários, com esse grupo, na maior parte, formado por mulheres. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), a maioria dos indivíduos apresentavam obesidade ($M = 32,05$; $DP = 5,23$), com a predominância do sexo masculino. Em relação ao tabagismo, a maioria dos indivíduos foi classificada como não tabagista (19), considerando que, na categorização de não tabagista, encontram-se, também, tabagistas em abstinência. Apenas 3 indivíduos enquadram-se na categoria de tabagistas e, em sua totalidade, são do sexo feminino.

Correlações entre variáveis

Foi encontrada correlação positiva moderada entre glicemia e idade da amostra ($r=0,470$, $p=0,027$), o que demonstra que, quanto maior a idade, maior o índice glicêmico. Outras correlações positivas moderadas foram encontradas, como entre glicemia e pressão arterial sistólica ($r=0,576$, $p=0,005$), indicando que, quanto maior os níveis glicêmicos, maior a pressão arterial sistólica; medidas sistólica e diastólica de pressão arterial ($r=0,61$ $p=0,003$); frequência cardíaca e tabagismo ($r=0,477$, $p=0,03$), demonstrando o risco do tabagismo para o agravamento da DAC.

A escala de depressão, também, apresentou correlação moderada positiva com o estado de raiva ($r=0,488$, $p=0,021$), indicando que, quanto mais depressivo o humor, maior o estado de raiva. Também, em relação à raiva, encontrou-se uma correlação moderada positiva entre pressão arterial diastólica e o controle de raiva para dentro ($r=0,486$, $p=0,022$), que se caracteriza pelo gasto de quantidade elevada de energia para se acalmar e reduzir a raiva tão logo seja possível. Quanto à correlação entre as variáveis psicológicas, como em diversos estudos é frequentemente relatada, foi observada uma forte correlação positiva entre as escalas de depressão e de ansiedade, BDI e BAI ($r=0,625$, $p=0,002$).

Os níveis de depressão apareceram correlacionados, moderadamente, com estado de raiva ($r=0,488$, $p=0,021$); fortemente com traço de raiva ($r=0,550$, $p=0,008$); fortemente com temperamento de raiva ($r=0,500$, $p=0,018$); fortemente com reação de raiva ($r=0,535$, $p=0,010$); fortemente com expressão de raiva para fora ($r=0,520$, $p=0,013$); fortemente com expressão de raiva para dentro ($r=0,528$, $p=0,012$). Quando correlacionados à depressão, apresentaram, ainda, uma correlação negativa forte, com controle de raiva para fora ($r=-0,687$, $p=0,000$) e com índice de expressão de raiva ($r=0,676$, $p=0,001$). Adicionalmente, foi observada uma correlação positiva forte entre ansiedade e expressão de raiva para dentro ($r=0,603$ $p =0,003$).

Uma forte correlação negativa foi encontrada entre tabagismo e controle glicêmico ($r=-0,607$, $p=0,006$). Correlações moderadas negativas foram encontradas, ainda, entre idade e estado de raiva, ($r=-0,480$, $p=0,024$), o que indica que, na amostra, quanto maior a idade, menor o estado de raiva e entre IMC e expressão de raiva para fora ($r=-0,494$, $p=0,020$), que se caracteriza pela expressão da raiva através de comportamentos agressivos direcionados a outras pessoas ou objetos no ambiente. Portanto, quanto mais alto o IMC, menor o percentil de expressão de raiva, conforme tabela abaixo.

TABELA 1: Correlações entre variáveis fisiológicas e raiva.

	Idade	IMC	PAS	PAD
Estado de raiva	-,480*	,263	,063	,001
	,024	,236	,781	,996
Expressão de raiva para fora	-,022	-,494*	-,111	,117
	,921	,020	,624	,603
Controle de raiva para dentro	-,249	-,117	,114	,486*
	,264	,606	,613	,022

Finalmente, o teste T de Student revelou que de todos os fatores comportamentais examinados, apenas o tabagismo foi significativo. Foi identificado que a frequência cardíaca é, significativamente, maior entre tabagistas do que não tabagistas, e a glicemia apareceu, significativamente, menor entre tabagistas neste estudo.

Discussão

A partir dos resultados da avaliação das características clínicas e psicológicas dos pacientes com DAC, alguns aspectos referentes a esses sujeitos foram encontrados, como, por exemplo, correlações entre depressão e ansiedade, e depressão e raiva. Foi identificado que, em nossa amostra, com o aumento da idade, havia a tendência de diminuição dos sentimentos de raiva. Em relação às variáveis clínicas, os tabagistas apresentaram uma frequência cardíaca mais elevada quando comparados aos não tabagistas.

Na análise da frequência dos dados referentes aos aspectos psicológicos, pôde-se verificar que, na avaliação da ansiedade e da depressão, as frequências demonstraram que não há uma predominância de níveis elevados dessas variáveis. Já um estudo de Lemos *et al.*(2008) identificou uma alta prevalência de depressão (48,3%) em sujeitos com histórico de infarto agudo do miocárdio. Os autores associaram o resultado a variáveis como história familiar, domínio psicológico do WHOQOL (World Health Organization Quality of Life instrument) e

escore de ansiedade, e sugeriram que os transtornos depressivos não são desencadeados pelo infarto agudo do miocárdio, mas sim que eles já estavam presentes antes da admissão hospitalar. Por isso, destaca-se a importância do rastreio de pacientes com doenças coronarianas. Importante destacar que, em nossa pesquisa, os indivíduos com maiores escores, na avaliação da depressão, apresentaram maiores percentis de estado de raiva.

Na avaliação do estresse, foi verificado que a maior parte dos indivíduos não apresenta níveis significativos de estresse e, dentre os que apresentam níveis consideráveis, a maior parte encontra-se no nível de resistência, o que sugere uma adaptação do organismo aos eventos estressores, implicando sensação de desgaste e fadiga. Esses fatores psicossociais, como estresse e depressão, são variáveis essenciais, pois relacionam-se ao aumento do risco de infarto agudo do miocárdio, na mesma intensidade da hipertensão arterial e da obesidade (STRAUB, 2013). A partir dessa análise, reforça-se a importância da realização da triagem, encaminhamento e tratamento de pacientes deprimidos ou com níveis elevados de estresse, pois podem apresentar um risco aumentado de eventos cardíacos.

Tratando das correlações entre variáveis, os resultados evidenciaram que, na amostra, os indivíduos que possuem idade mais elevada apresentam maiores níveis glicêmicos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Soares *et al.* (2017), que apontam que, apesar da população idosa realizar um melhor controle glicêmico quando comparados aos mais jovens, ainda assim, com a idade, passam a apresentar níveis glicêmicos maiores. Os indivíduos que apresentaram os níveis glicêmicos elevados, também, registraram pressão arterial elevada, comorbidades que, comumente, aparecerem em associação (FRANCISCO *et al.*, 2018; SILVA, 2012).

Os tabagistas apresentaram menores níveis glicêmicos, o que pode se justificar pelo efeito do tabaco em aumentar a resistência à insulina (SILVA *et al.*, 2009), o que favorece a deposição de gordura na região abdominal e aumenta o risco de DAC. Ainda quanto ao cigarro, os resultados evidenciaram que a frequência cardíaca é mais elevada nos tabagistas, isso ratifica o risco do tabagismo para o agravamento da DAC. A mesma associação entre maiores níveis de pressão arterial e uso de tabaco foi encontrada em outros estudos (BELTRAME, 2018; CORREIA, 2017; BARBOSA, 2016; SILVA *et al.*, 2017). Diante de tais evidências, podemos concluir que, em termos genéricos, o controle da pressão arterial, nessa amostra, está sendo mais eficiente que o controle da obesidade e da glicemia.

Os resultados deste estudo indicaram que, quanto mais elevada a idade do indivíduo, menor o estado de raiva, o que evidencia que esses indivíduos, ao envelhecer, diminuem seus sentimentos de raiva. Ao acompanhar 255 mulheres com DAC, Schimidt *et al.* (2018), também, identificaram mais sentimentos de raiva em mulheres mais jovens. Em

relação a esse aspecto, apesar de os indivíduos apresentarem menos sentimentos de raiva com o envelhecimento, há uma clara associação entre DAC e maiores sentimentos de raiva do que a população em geral (SCHMIDT *et al.*, 2013; NICHOLSON, KUPER & HEMINGWAY, 2006; ROZANSKI *et al.*, 2005).

Quanto ao IMC, quanto mais elevado, menor o percentil de expressão de raiva. Isso sugere um direcionamento que poderia gerar a compulsão alimentar. O obeso é visto, muitas vezes, como um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto que necessita, mas cabe considerar que a raiva, em alguns casos, pode ser percebida como consequência da obesidade (DALGALARRONDO, 2018).

Também, com relação à raiva, constatou-se a correlação positiva da pressão arterial diastólica com o controle de raiva para dentro. Isso sugere que, quanto mais elevada a pressão arterial, menor é a capacidade de interpretação emocional do indivíduo, pois pode sentir-se em conflito com o sentimento de raiva, assim como ter dificuldade em expressá-la. Essa situação pode ativar o sistema nervoso simpático e elevar a pressão arterial. Além disso, os indivíduos podem gastar uma quantidade elevada de energia para se acalmar e reduzir a raiva tão logo seja possível. (MCKAY *et al.*, 2001).

A raiva, a hostilidade e a agressividade podem implicar dificuldades para as mudanças de comportamento de alta prioridade para os pacientes coronarianos, como a adesão aos regimes médicos, reabilitação baseada em exercícios e cessação do tabagismo. Essa interferência ocorre no que se refere à irritabilidade na manutenção da mudança de comportamento e no fato de que, em função de conflitos, ocorre uma redução do apoio social. Além disso, estudos de Schimidt *et al.*, (2013), utilizando o mesmo instrumento que esta pesquisa (STAXI), já indicavam que o controle da raiva é, significativamente, mais baixo em pacientes com DAC, independentemente de fatores de risco tradicionalmente conhecidos, ocorrência de eventos prévios, ou outros aspectos da raiva.

Os escores das escalas BDI e BAI evidenciaram sua correlação positiva, o que evidencia a importância de identificar a sintomatologia ansiosa e depressiva no tratamento do indivíduo cardiopata. A depressão apresenta-se fortemente correlacionada com características de estado, controle, temperamento, traço e expressão de raiva, o que indica a importância de estar atento para a avaliação de tratamentos e abordagens dos indivíduos deprimidos. A depressão apresenta considerável variação de prevalência em pacientes com DAC, e está associada a um risco aproximadamente duas vezes maior de eventos cardíacos subsequentes fatais ou não fatais (NICHOLSON; KUPER; HEMINGWAY, 2006). Vale lembrar que, conforme exposto anteriormente por Rosanski (2014), os aspectos emocionais ocupam um lugar significativo dentre os fatores de risco modificáveis.

O tabagismo apresentou-se como única variável significativa, pois, de todas as variáveis analisadas, é a única que, considerando todos os fatores comportamentais

examinados, apresentou efeito sobre a frequência cardíaca significativamente maior entre tabagista e não tabagista, o que vai ao encontro com estudos de Corrêa (2003); Hocayen e Malfatti (2010); Beltrame *et al.*, (2018); Mussi *et al.*, (2018); Carvalho *et al.*, (2016). A presente pesquisa encontrou resultados de glicemia, significativamente, menores entre tabagistas, o que vai contra os demais estudos que indicam que o uso de tabaco e a hipertensão arterial sistêmica são as principais causas de doenças em todo o mundo. Juntos, eles causaram, globalmente, 15,4 milhões de mortes preveníveis em 2012 (WHO., 2014) e 13,3% de anos de vida ajustados por incapacidade (LIMM *et al.*, 2012). Cabe mencionar, ainda, que indivíduos, com transtornos de ansiedade, são propensos ao tabagismo, bem como a ter vida sedentária, dois dos principais fatores de risco para doença coronariana (KOLZET; INRA, 2012).

Na análise da frequência dos dados referentes a aspectos fisiológicos da amostra estudada, a maior parte dos indivíduos apresenta índices de pressão arterial sistólica e diastólica correspondentes ao ideal indicado para minimizar riscos cardiovasculares, o que sugere a efetividade dos tratamentos utilizados, já que todos os pacientes da amostra frequentam, regularmente, o Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário, o que é de extrema importância, pois, quando muito alta, a pressão arterial traz o risco de danos aos vasos sanguíneos e causa arteriosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Isso, também, é refletido pela frequência cardíaca que, na média, não apresentou sinais de arritmia de frequência.

Quanto à glicemia, foi verificado que a maior frequência foi de indivíduos com níveis elevados, com 12 desses podendo ser considerados como diabéticos. Deve-se considerar que é comum a prevalência simultânea de doenças cardíacas e diabetes (FRANCISCO *et al.*, 2018), além do fato de que a amostra foi composta por indivíduos já diagnosticados com DAC.

Em relação à atividade física, apesar de não representar a maioria, grande número de indivíduos realiza atividade física. Esse achado se justifica pela atuação multiprofissional realizada no local, através de solicitação de atendimento da equipe médica ao serviço de educação física do Centro Integrado do Diabetes (CID), vinculado ao Ambulatório de Cardiologia. Ou seja, grande parte da amostra foi encaminhada ao serviço de educação física devido à obesidade e/ou a problemas cardiovasculares.

Nenhum dos indivíduos da amostra apresenta IMC dentro dos parâmetros de normalidade, o que pode indicar uma associação de obesidade com a doença arterial coronariana, pois a obesidade eleva o risco a doenças cardiovasculares, também, pela predisposição a associar-se a altos níveis de colesterol (MASSEY *et al.*, 2000).

Em suma, como vimos, os resultados observados estão em coerência com a literatura científica sobre cardiopatias. Este estudo, contudo, apresenta algumas limitações. A principal

limitação é o pequeno tamanho da amostra. Adicionalmente, seria interessante que pudéssemos discriminar a participação de novas variáveis, tanto clínicas (como colesterolemia, cortisol e proteína c-reativa) quanto psicológicas (como atribuição de causalidade em saúde, crenças de saúde, adesão a procedimentos de mudanças de hábitos de saúde, por exemplo) na ocorrência das cardiopatias. O estudo dessas novas variáveis, associado a uma maior diversidade de procedimentos estatísticos, como a cluster-analysis, nos permitiria identificar os pacientes que estão apresentando maior dificuldade para cumprir seus tratamentos, o que tornaria possível a criação de novos procedimentos, envolvendo educação em saúde e estratégias comportamental-cognitivas de modificação de hábitos de saúde, que poderiam conduzir a um tratamento mais eficiente de sua cardiopatia e a um aumento de sua qualidade de vida. É recomendada a realização de novas pesquisas nesse sentido.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e psicológico de pacientes com DAC, correlacionando dados psicológicos, clínicos e fatores relacionados ao estilo de vida. Foram encontradas correlações entre depressão e raiva nestes pacientes, bem como correlação inversa entre idade e estado de raiva, correlação direta entre IMC e expressão de raiva para fora, correlação positiva entre PAD e o controle de raiva para dentro. Além do efeito do tabagismo sobre a frequência cardíaca e da raiva sobre a frequência cardíaca. Podemos inferir, através desses resultados que os indivíduos, ao envelhecer, diminuem seus sentimentos de raiva, que indivíduos com IMC alto apresentam maior percentil de expressão de raiva para fora e que, quanto mais elevada a pressão arterial, menor é a capacidade de interpretação emocional do indivíduo. Devido ao grande número de mortes por doenças cardíacas no mundo e à necessidade de trabalhos que atuem com estratégias de modificação de hábitos de saúde, sugere-se mais pesquisas na área a fim de oferecer uma melhor atenção às pessoas que apresentam cardiopatias.

Referências

Allan, R., Fisher, J. (Org.), ***Heart and mind: the practice of cardiac psychology***. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2012.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Heart and stroke facts**. 2020. Disponível em: www.americanheart.org. Acesso em: 10 Jun. 2020.

BARBOSA, A. P. P. **Tabagismo coexistindo com hipertensão arterial sistêmica e diabetes na comunidade do Paulo Bandeira em Maceió - AL: projeto de intervenção**. Trabalho de conclusão de curso. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6092>. Acesso em: 14 maio. 2020.

- BARNASON, S.; ZIMMERMAN, L.; YOUNG, L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 3–4, p. 448–475, fev. 2012.
- BELTRAME, D. P. C. *et al.* Tabagismo em idosos: fatores associados e influência na hipertensão arterial sistêmica. **Saúde (Santa Maria)**, v. 3, n. 44, 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais Brasília: MS; 2016.
- CARVALHO, C. J. DE *et al.* High rates of physical inactivity and cardiovascular risk factors in patients with resistant hypertension. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 49, n. 2, p. 124, 2 abr. 2016.
- COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates, 1988.
- CORRÊA, P. C. R. P. Tabagismo, hipertensão e diabetes – reflexões. **Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica** 29 (1) : 19-24;2003
- CORREIA, B. R. *et al.* Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Assistidos em Clínica de Hipertensão. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 3, p. 171–176, 30 set. 2017.
- CUNHA, J. A. **Escalas Beck – BDI, BAI, BHS e BSI: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DALGALARRONDO, P (Org). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. Ed. Brasil, 2018, Artmed.
- DE WAURE, C. *et al.* Lifestyle Interventions in Patients with Coronary Heart Disease. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 2, p. 207–216, ago. 2013.
- DEKKER, R. L. *et al.* Cognitive Therapy Improves Three-Month Outcomes in Hospitalized Patients With Heart Failure. **Journal of Cardiac Failure**, v. 18, n. 1, p. 10–20, jan. 2012.
- DUTRA, D. D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4501, 5 abr. 2016.
- DUNCAN B. B; STEVENS A; SCHIMIDT M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010. In: Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília : Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, p.93-104, 2012
- DUNCAN, B. *et al.* **Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3829–3840, 2018.
- FRANCO, F. G. M.; MATOS, L. D. N. J. Exercício físico e perfusão miocárdia. In NEGRÃO, CE; BARRETO, AC. (Org.), **Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata**. São Paulo: Manole, 2005.

- FREEDLAND, K. E. *et al.* Effect of obstructive sleep apnea on response to cognitive behavior therapy for depression after an acute myocardial infarction. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 72, n. 4, p. 276–281, abr. 2012.
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. **Journal of the American Medical Association**, v. 169, n. 12, p. 1286–1296, 21 mar. 1959.
- HOCAYEN, P. A. S.; MALFATTI, C. R. M. Tabagismo em pacientes diabéticos: predisposição às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. **Cinergis**, v. 11, n. 2, 2010.
- IRVINE, J. *et al.* A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy tailored to psychological adaptation to an implantable cardioverter defibrillator. **Psychosomatic Medicine**, v. 73, n. 3, p. 226–233, abr. 2011.
- KEITH, F. *et al.* Anger, hostility, and hospitalizations in patients with heart failure. **Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association**, v. 36, n. 9, p. 829–838, set. 2017.
- KOLZET, J. A; INRA, M. Anxiety. In: Allan, R., Fisher, J. (Org.), **Heart and mind: the practice of cardiac psychology**. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2012. p. 291-296.
- KOP, W; PLUMHOFF JE. Depression and coronary heart disease: diagnosis, predictive value, biobehavioral mechanisms, and intervention. In: Allan, R., Fisher, J. (Org.), **Heart and mind: the practice of cardiac psychology**. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2012. p. 143-168.
- LADWIG, K. H. *et al.* Position paper on the importance of psychosocial factors in cardiology: Update 2013. **German medical science: GMS e-journal**, v. 12, p.1-24, 2014.
- LEMOS, C. *et al.* Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 471–476, dez. 2008.
- LIM, S. S. *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet (London, England)**, v. 380, n. 9859, p. 2224–2260, 15 dez. 2012.
- LIPP, M; ROCHA, J. C. Estresse, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida. **Papirus Editora**, São Paulo, 1996.
- LIPP, M. **Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp. – ISSL**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 1 abr. 2019.

MASSEY, C. V. *et al.* Estrogen replacement therapy is underutilized among postmenopausal women at high risk for coronary heart disease. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 320, n. 2, p. 124–127, ago. 2000

MCKAY, M; MCKAY, PD. **Quando a raiva dói..** São Paulo: Summus Editorial, 2001.

MUSSI, F. C. *et al.* Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, n. 0, 20 mar. 2018.

NICHOLSON, A.; KUPER, H.; HEMINGWAY, H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. **European Heart Journal**, v. 27, n. 23, p. 2763–2774, dez. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014: a 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use. Geneva, p. 53-66, 2014

ROZANSKI, A. *et al.* The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 45, n. 5, p. 637–651, mar. 2005.

ROZANSKI, A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 64, n. 1, p. 100–110, 8 jul. 2014.

RONSEIN, G. E. *et al.* **Influência do estresse nos níveis sanguíneos de lipídios, de ácido ascórbico, de zinco e de outros parâmetros bioquímicos.** Rev. bras. anal. clin. **Anais...** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ANÁLISES CLÍNICAS, 29. 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=394099&indexSearch=ID>>. Acesso em: 9 jun. 2020

ROSENGREN, A. *et al.* Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet (London, England)**, v. 364, n. 9438, p. 953–962, 11 set. 2004.

SCHMIDT, M. M. *et al.* Anger control and cardiovascular outcomes. **International Journal of Cardiology**, v. 168, n. 4, p. 4338–4339, out. 2013.

SCHMIDT, K. E. S. *et al.* Raiva e Doença Arterial Coronariana em Mulheres Submetidas a Angiografia Coronariana: Acompanhamento de 48 Meses. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 410–416, set. 2018.

SILVA, P. *et al.* O tabagismo PER SE não prejudica expressão de transportador de glicose no coração, porém atrapalha a resposta cardíaca ao exercício físico. **Anais..** Águas de Lindóia: [s.n.], 2009.

SILVA, D. B. D. A *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família - doi:10.5020/18061230.2011.p16. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 16–23, 19 jan. 2012.

SILVA, E. F. *et al.* Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 1, p. 23–33, 2 mar. 2017.

SIQUEIRA, A. D.E S. E. *et al.* Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 39–46, jul. 2017.

SMITH, T.W.; TRaupMAN, E.K. Anger, hostility, aggressiveness in coronary heart disease: clinical applications of an interpersonal perspective. In Allan, R., Fisher, J. (Org.), **Heart and mind: the practice of cardiac psychology** (197-217). Washington, DC: American Psychological Association, 2012.

SMYTH, A. *et al.* Physical Activity and Anger or Emotional Upset as Triggers of Acute Myocardial Infarction: The INTERHEART Study. **Circulation**, v. 134, n. 15, p. 1059–1067, 11 out. 2016.

SOARES, I. T. *et al.* Controle glicêmico e aspectos nutricionais de adultos e idosos diabéticos em um centro de atenção a doenças crônicas de Juiz de Fora (MG). **HU Revista**, v. 43, n. 2, p. 113–120, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS. **Arritmias cardíacas: 10 informações úteis para seu coração bater no ritmo certo**. Disponível em <https://sobrac.org/publico-geral/?p=4463#:~:text=Por%20isso%20%C3%A9%20expressa%20em,em%20repouso%20ou%20atividades%20habituais>. Acesso em 20 de out. De 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, p. 1–76, ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão**. Disponível em <http://www.sbh.org.br/geral/faq.asp>. Acesso em 20 de out. de 2014.

SPIELBERGER, C.D. Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – STAXI-2. São Paulo: Vetor, 2010.

STRAUB, R. O. (Org). **Psicologia da Saúde**. 3. ed. Porto Alegre, Artmed, 2013.

TAYLOR, S. E. **Health psychology**. Tenth edition ed. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2018.

WHALLEY, B. *et al.* Psychological interventions for coronary heart disease. In: THE COCHRANE COLLABORATION (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2011. p. CD002902.pub3.

WONG, J. M. *et al.* Hostility, health behaviors, and risk of recurrent events in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. **Journal of the American Heart Association**, v. 2, n. 5, p. e000052, 30 set. 2013.

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS CARDIOMETABÓLICOS

Maicon Borges Moraes
Rejane Costa Grumann Michel
Wagner Pinto de Pinto
Vanessa Cáceres Paschoal
Mariana Gauterio Tavares
Luis Ulisses Signori
André de Oliveira Teixeira
Luis Fernando Guerreiro

Doenças cardiometabólicas

As doenças cardiometabólicas são consideradas atualmente as principais causas de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SPERLING *et al.*, 2015). Essas patologias são definidas a partir de diversos fatores de risco fisiológico que conduz a doenças cardiovasculares (DCV) e distúrbios metabólicos, incluindo aumento dos níveis de glicose, triglicédeos e lipoproteína de baixa densidade no sangue, elevações da pressão arterial, obesidade e desenvolvimento de estados pró-trombótico e pró-inflamatório (GRUNDY *et al.*, 1998). As doenças cardiometabólicas conseqüentemente resultam em um aumento do risco de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e anormalidades inflamatórias, tornando-se um fardo pesado especialmente em países de baixa e média renda (DECHAMETHAKUN; MURAMATSU, 2017). Além disso, a prevalência de doenças cardiometabólicas é relativamente alta e está aumentando em paralelo com o aumento das taxas de obesidade e altos índices de sedentarismo (GRUNDY *et al.*, 1998).

Risco cardiovascular

As doenças cardiovasculares destacam-se, nos dias atuais, como a mais frequente causa de morte no planeta (ROGER; *et al.*, 2011), em especial, a doença arterial coronariana (DAC), que representa a quinta causa de óbito em todo o mundo, sendo a principal causa de morte na maioria dos países Ocidentais (XAVIER *et al.*, 2013). Seguindo a tendência dos países ocidentais, no Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte desde a década de 1950 (CESSE *et al.*, 2009). Entre 1990 e 2008, houve aumento ou estabilidade nas taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração em

todas as situações, com exceção da região Sudeste, sendo que a mortalidade masculina é constante em todas as regiões (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008). Salienta-se que a DAC representa, aproximadamente, 1/3 desses óbitos.

Dada a importância epidemiológica da DAC, surgiram grandes estudos populacionais, como o estudo de Framingham, em que, pela primeira vez, foram estudadas as causas dessa doença (GRUNDY *et al.*, 1998). Os fatores de risco estabelecidos foram o fumo, o diabetes, a hipertensão, os fatores hemostáticos, a história familiar, a idade, as dislipidemias, a obesidade e o sedentarismo (GRUNDY *et al.*, 1998). Existem evidências de que o manejo adequado dos fatores de risco das doenças cardiovasculares tem um papel importante na diminuição da morbidade e da mortalidade (SPERLING *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o exercício físico é amplamente reconhecido por seus efeitos preventivos e por reabilitar doentes cardiovasculares. O exercício atua, diretamente, nos efeitos deletérios provocados pelo sedentarismo no sistema cardiovascular, pois melhora o perfil lipídico e glicídico, reduz a obesidade e a hipertensão (THOMPSON, 2003). Os exercícios associados ao diagnóstico precoce dos fatores de risco e a ações educativas para evitar o fumo e dietas alimentares adequadas parecem ser o manejo mais adequado para a redução da morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares (SPERLING *et al.*, 2015). No entanto, transformar as evidências, em práticas clínicas, é um dos principais desafios dos profissionais da área da saúde na modernidade.

Reabilitação física

Distúrbios cardiometabólicos, incluindo obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, estão entre os problemas de saúde mais graves em todo o mundo (GONG; RAJAGOPALAN; ZHONG, 2015). Sendo assim, a prescrição de exercícios físicos é um recurso importante na prevenção e no tratamento dessas doenças (LEVINGER *et al.*, 2015). A reabilitação, com ênfase em exercícios físicos, é um recurso não farmacológico, amplamente utilizado, visando ao restabelecimento das melhores condições físicas, psicológicas e sociais de pacientes com doenças cardiometabólicas (CARVALHO, 2005). A reabilitação é indicada com o intuito de controlar, minimizar ou reverter a progressão de DCV (insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial periférica) (GLOWACKA *et al.*, 2015) e metabólicas (obesidade, síndrome metabólica, diabetes mellitus) (BISSON *et al.*, 2015; EARNEST *et al.*, 2014; HAMASAKI *et al.*, 2015).

A reabilitação é uma intervenção complexa e multiprofissional, podendo envolver desde acompanhamento psicológico até a orientação nutricional, orientação quanto a fatores de risco e administração de medicamentos (RICARDO; ARAÚJO, 2006; SAGAR *et al.*, 2015). Contudo, a reabilitação física, com ênfase em exercícios físicos, apresenta evidências científicas que o tornam a principal intervenção no processo de reabilitação,

destacando-se a sua segurança na aplicação e sua abrangência, especialmente, no que tange à melhora da qualidade de vida e da redução nas taxas de mortalidade (RICARDO; ARAÚJO, 2006; SAGAR *et al.*, 2015).

Justificativa

A prática de exercícios físicos provoca um estresse fisiológico no organismo, como resultado do aumento da demanda energética em relação ao repouso, provocando modificações bioquímicas sistêmicas, como, por exemplo, o aumento das concentrações de moléculas inflamatórias de fase aguda e crônica (CARVALHO, 2005). Por conta disso, a prática regular de exercícios físicos (treinamento físico) promove, no organismo, um conjunto de adaptações morfológicas, bioquímicas, moleculares e funcionais que resultam em uma maior capacidade do organismo em responder ao estresse do exercício (SPERLING *et al.*, 2015). Deste modo, com a ocorrência dessas adaptações, um exercício de mesma intensidade absoluta provoca um menor efeito agudo em resposta ao estresse e, conseqüentemente, a uma melhora da capacidade funcional, proporcionando uma melhora na qualidade das atividades da vida diária (RICARDO; ARAÚJO, 2006).

Os mecanismos envolvidos, na recuperação da capacidade funcional de pacientes cardiometabólicos, possuem natureza multifatorial, em que se pode destacar, dentre outras adaptações, o aumento da biodisponibilidade de óxido nítrico vascular, com resultante melhora da função endotelial e conseqüente redução da pressão arterial (KIM *et al.*, 2014); readaptação do balanço autonômico, a partir de uma maior resposta vagal frente ao exercício, com conseqüente redução da frequência cardíaca durante o esforço e durante o repouso (HSU *et al.*, 2015); aprimoramento da extração periférica de oxigênio resultante de um aumento do débito cardíaco, volemia e densidade capilar, resultando em um aumento do consumo máximo de oxigênio (EHLKEN *et al.*, 2016) e maior eficiência na utilização de lipídios como substrato energético, retardando a utilização de glicogênio muscular, com conseqüente melhora do perfil lipídico (HAMASAKI *et al.*, 2015). Estudos apontam, ainda, a ação indireta do exercício físico por resultado de uma mudança, no estilo de vida, sobre fatores de risco para doenças cardiometabólicas, como: tabagismo (USSHER *et al.*, 2012), dislipidemia (GITT *et al.*, 2012), sedentarismo e excesso de peso corporal (AVENELL *et al.*, 2004).

Sendo assim, a partir de uma série de estudos que vem comprovando os benefícios que o exercício físico regular proporciona para a saúde, diretrizes de atuação vêm sendo publicadas, nos últimos anos, com o intuito de instrumentalizar os profissionais atuantes na reabilitação, evidenciando a importância da implementação desses serviços no sistema de saúde pública (ARAÚJO *et al.*, 2004; MORAES, 2005; CARVALHO, 2005; HERDY, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). Este recurso terapêutico é considerado modalidade segura e obrigatória em termos de custo-efetividade, proporcionando benefícios,

tanto para a saúde orgânica dos pacientes, quanto para a saúde econômica do sistema de saúde (CARVALHO, 2005). Entretanto, a particularidade dos serviços decorrentes das características de cada população atendida torna a verificação da efetividade do protocolo de reabilitação aplicado, fundamental para referência dos resultados dos serviços prestados.

Objetivo

O objetivo do presente estudo foi verificar, a partir de um instrumento de coleta de dados dos prontuários dos pacientes que passaram pelo serviço de reabilitação, obtidos no arquivo geral do hospital, os efeitos do treinamento físico voltado para a recuperação cardiometabólica de usuários de um serviço de reabilitação física, estabelecido pelo sistema único de saúde em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil, com pacientes portadores de distúrbios cardiovasculares e metabólicos. Foram analisadas as modificações cardíacas, obtidas durante o teste de esforço, modificações no perfil lipídico e nos parâmetros glicêmicos, ocorridos após o período de reabilitação física (avaliações pré e pós-reabilitação).

Objetivos específicos

- Verificar alterações nos parâmetros obtidos durante o teste de esforço ergométrico: frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA), débito cardíaco (DC), consumo de oxigênio de pico (VO_{2pico}) e equivalente metabólico.
- Verificar modificações no perfil lipídico: colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL) e triglicerídeos.
- Verificar os efeitos da reabilitação com exercícios físicos sobre a glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, glicemia pré e pós treino e sobre a hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Metodologia

Aspectos éticos e autorização para o desenvolvimento do projeto

A pesquisa foi aprovada pelo colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, conforme Parecer nº 112/2016, seguindo as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde – CONEP/MS.

Amostra experimental

Após a aprovação e concomitante autorização pelo CEPAS-FURG, foram analisados os prontuários de 30 usuários avaliados e incluídos em um serviço de reabilitação física no período entre 05/2012 a 10/2015, de ambos os sexos e com distúrbios cardiometabólicos, como: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus. Foram coletados os dados dos pacientes que realizaram o teste de esforço ergométrico e análises bioquímicas antes e após o período de reabilitação física.

Teste de esforço ergométrico

O teste de esforço foi realizado na sala de ergometria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG EBSEH), objetivando avaliar respostas clínicas, hemodinâmicas, metabólicas, autonômicas e eletrocardiográficas, seguindo as diretrizes específicas para testes de esforço (MENEHELO *et al.*, 2010). O teste foi realizado por médico cardiologista e por profissionais de educação física em esteira ergométrica (Inbramed, modelo KT10200), sendo utilizados protocolos com intensidades específicas (Bruce, Ellested, Naughton) para cada paciente, em que foram monitorados os parâmetros cardiovasculares (Ergo PC Elite, Micromed) antes, durante e após o esforço executado.

Critérios para interrupção do teste

Para interrupção do teste de esforço, foram seguidas as diretrizes do Colégio Americano de Medicina Esportiva (DIRETRIZES DO ACSM, 2014), que apontam indicações absolutas: diminuição da PAS ≥ 10 mmHg, com aumento da taxa de trabalho; angina moderadamente grave; sinais de perfusão pobre (cianose ou palidez); dificuldades técnicas para monitoramento do ECG ou da PAS; solicitação do indivíduo; taquicardia ventricular sustentada; elevação ST (+1,0 mm) em pontos sem ondas Q diagnósticas (sem ser V₁ ou aVR); e indicações relativas: alterações de ST ou QRS como depressão excessiva do segmento ST ou deslocamento do eixo; arritmias diferentes de taquicardia ventricular sustentada, incluindo CVP multifocal, tripleto CVP, taquicardia supraventricular, bloqueio cardíaco ou bradiarritmias; fadiga, encurtamento da respiração, respiração ofegante, câibras nas pernas ou claudicação ventricular que possam ser distinguidas de taquicardia ventricular; dor crescente no peito; resposta hipertensiva (PAS > 250 mmHg e/ou PAD > 115 mmHg).

Análises bioquímicas

Ao longo do processo de reabilitação, foram realizados exames bioquímicos para os participantes do serviço laboratorial do Hospital Universitário a partir de solicitação do médico do programa de reabilitação física. Para tanto, o indivíduo encontrava-se em jejum

de 12 horas, com a coleta sendo feita no período da manhã, nas dependências do HU-FURG, por punção venosa com seringa e agulha. Com isso, objetivou-se verificar as modificações do perfil lipídico e glicídico dos usuários do serviço (bem como outros parâmetros, sem a finalidade para o presente estudo). Para o presente estudo, serão documentados os parâmetros registrados nos exames bioquímicos, mais próximos à realização do teste de esforço (máximo 2 semanas) antes e após o período de reabilitação.

Reabilitação Física

Após a avaliação pré-exercício (histórico médico, exame físico e testes laboratorial e ergométrico), os indivíduos incluídos no programa realizaram sessões de exercícios físicos orientadas pelas diretrizes do Colégio Americano de Medicina Esportiva (DIRETRIZES DO ACSM, 2014), sendo prescritas e orientadas pelos profissionais e residentes de educação física do serviço de reabilitação. Os sujeitos incluídos, no programa, foram distribuídos em turnos de manhã e tarde durante a semana, conforme agenda do ambulatório, sendo dois pacientes por profissional a cada hora. Cada sessão teve duração média de 30 a 60 minutos, conforme evolução e de acordo com o estado clínico de cada sujeito no dia da atividade, tendo frequência de 3 vezes por semana, conforme evolução individual no programa, totalizando um período médio de reabilitação de ± 6 meses.

Antes, durante e após os exercícios, os pacientes foram monitorados em termos de alterações na glicemia, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação do oxigênio. Os componentes de cada sessão, respeitando as particularidades de cada caso, giravam em torno de aquecimento (5-10min), condicionamento (20-60min), volta à calma (5-10min) e flexibilidade (7-10min). Para o condicionamento aeróbico, foi realizado treino em esteira ou bicicleta ergométrica, com a prescrição sendo feita com base nos dados obtidos durante o teste de esforço, com intensidade entre leve (30% a 40% do $Vo_{2\text{ pico}}$) e moderado (60% $Vo_{2\text{ pico}}$), utilizando o método de prescrição para Consumo máximo de oxigênio de pico ($V_{O_2\text{ desejado}} = Vo_{2\text{ pico}} \times \%intensidade\ desejada$). O volume empregado ficou em torno de $\geq 500-1000$ MET-min \cdot semana $^{-1}$, com um progresso gradual do volume de exercício com o ajuste da duração, da frequência e/ou da intensidade do exercício.

Os exercícios resistidos foram utilizados 1-3 vezes por semana dentro da parte de condicionamento, concomitante ao treinamento aeróbico, conforme a condição de cada sujeito. Para os exercícios resistidos, foram utilizados pesos livres, elásticos, caneleiras, bem como o peso do próprio corpo, sendo realizada avaliação constante da percepção subjetiva de esforço de Borg. Foram utilizados exercícios multiarticulares e de única articulação, trabalhando músculos agonistas e antagonistas. O volume ficou em torno de 2-4 séries, com intervalos de 2-3min e 8-12 repetições, alternando-se entre um mesmo exercício ou combinações de exercícios com progressão concomitante à evolução do

condicionamento locomotor. Durante as sessões, os pacientes foram orientados quanto ao controle dos fatores de risco e acompanhados pela equipe multiprofissional.

Tratamento estatístico

Os resultados verificados, nos prontuários, foram organizados em um banco de dados no Microsoft Excel e utilizado o pacote estatístico *statistic 7.0 for Windows* e, posteriormente, para a análise dos dados de pré-reabilitação e de pós-reabilitação, foi utilizado o teste “t”, de Student, para amostras pareadas. Os dados foram considerados com significância estatística quando o $p \leq 0,05$.

Resultados

O quadro 1 apresenta as características da amostra, em que participaram do estudo 30 indivíduos (16 homens e 14 mulheres) que não apresentaram alteração nessas variáveis entre os períodos pré e pós-reabilitação: idade 58 ± 9 , peso 80 ± 19 , estatura $1,59 \pm 0,09$ e índice de massa corporal =31.

QUADRO1 – Características da amostra (n=30)

Variável (Unidade)	Pré-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)	Pós-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)
Idade (anos)	58 ± 9	58 ± 9
Peso (Kg)	80 ± 19	80 ± 21
Estatura (cm)	$1,59 \pm 0,09$	$1,59 \pm 0,09$
IMC (Kg/m^2)	31	31

Características da Amostra. Dados estão apresentados, em média, \pm desvio padrão. IMC: Índice de Massa Corporal.

O quadro 2 caracteriza a amostra quanto às principais patologias cardiometabólicas verificadas nos pacientes incluídos no serviço e seus fatores de risco, sendo que 63% desses possuíam diagnóstico prévio de diabetes mellitus e 66% de hipertensão arterial. Quando aos fatores de risco para essas doenças, 36% apresentavam obesidade e 56% eram dislipidêmicos, 30% relatavam possuir estresse e 3% serem tabagistas, bem como 100% da amostra era classificada como sedentária no período pré-reabilitação.

QUADRO 2 – Doenças cardiometabólicas e fatores de risco (n=30)

Fator de Risco	%
Diabetes	63%
Hipertensão	66%
Obesidade	36%
Dislipidemia	56%
Estresse	30%
Tabagismo	3%
Sedentarismo	100%

Doenças Cardiometabólicas e Fatores de Risco. Dados apresentados em percentual de pacientes que apresentavam os fatores de risco Pré-Reabilitação.

O quadro 3 apresenta os dados obtidos durante o teste de esforço ergométrico nos períodos pré e pós-reabilitação física. Nos dados, pode-se verificar que os participantes estavam com a pressão arterial sistêmica (PAS) controlada, bem como não apresentaram modificações nessa variável entre os períodos pré e pós-reabilitação. Os resultados, também, não apresentaram modificações estatísticas entre os períodos pré e pós-reabilitação na PAS máxima ($p \leq 0,879$) e frequência cardíaca máxima ($p \leq 0,964$), sendo os valores elevados esperados durante o teste de esforço ergométrico. Por outro lado, os resultados apresentam diferença estatística significativa entre os períodos pré e pós-reabilitação para o DC ($p \leq 0,006$), MET ($p \leq 0,003$) e $VO_{2\text{pico}}$ ($p \leq 0,003$).

QUADRO 3 – Parâmetros ergométricos (n=30)

Variável (Unidade)	Pré-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)	Pós-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)	Valor p ($p \leq 0,05$)
PAS Repouso (mmHg)	127 \pm 14	127 \pm 13	$p \leq 0,962$
PAS Máximo (mmHg)	169 \pm 28	170 \pm 29	$p \leq 0,879$
FC Máximo (bpm)	140 \pm 23	140 \pm 29	$p \leq 0,964$
DC (FC x VS)	12,20 \pm 2,95	13,72 \pm 2,92	$p \leq 0,006$
MET (ml/kg/min)	6,26 \pm 2,31	7,57 \pm 2,04	$p \leq 0,003$

Parâmetros Ergométricos. Dados obtidos durante o teste de esforço ergométrico pré e pós, período de reabilitação. Dados estão apresentados, em média, desvio padrão e diferença Estatística ($p \leq 0,05$). PAS: Pressão Arterial Sistólica; FC: Frequência Cardíaca; DC: Débito Cardíaco; MET: Equivalente Metabólico; VO_2 : Consumo Máximo de Oxigênio.

O quadro 4 apresenta o perfil bioquímico dos pacientes incluídos no serviço de reabilitação, com os dados sendo obtidos a partir dos exames de rotina realizados no ambulatório de cardiologia, visando ao acompanhamento dos parâmetros sanguíneos ao longo da reabilitação. Na tabela, pode-se verificar que não houve modificações estatísticas no perfil lipídico dos pacientes quando comparando o período pré e pós-reabilitação, isso se verifica para o colesterol total ($p \leq 0,41$), HDLc ($p \leq 0,28$), LDLc ($p \leq 0,44$), VLDLc ($p \leq 0,53$) e triglicerídeos ($p \leq 0,49$). Por outro lado, verificou-se uma melhora significativa no perfil glicídico, o que pode ser verificado nos dados obtidos de glicemia de jejum ($p \leq 0,04$), glicemia pós-prandial ($p \leq 0,03$) e Hba1c ($p \leq 0,02$).

QUADRO 4 – Perfil bioquímico (n=30)

Variável (Unidade)	Pré-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)	Pós-Reabilitação (Média \pm Desvio Padrão)	Valor p ($p \leq 0,05$)
Colesterol (mg/dL)	184 \pm 40	179 \pm 37	$p \leq 0,41$
HDLc (mg/dL)	50 \pm 12	49 \pm 13	$p \leq 0,28$
LDLc (mg/dL)	102 \pm 33	96 \pm 38	$p \leq 0,44$
VLDLc (mg/dL)	30 \pm 15	30 \pm 12	$p \leq 0,53$
Triglicerídeos (mg/dL)	154 \pm 76	150 \pm 61	$p \leq 0,49$
Glicemia jejum (mg/dL)	155 \pm 79	139 \pm 49	$p \leq 0,04$
Glicemia Pós-Prandial (mg/dL)	197 \pm 99	170 \pm 108	$p \leq 0,03$
Hba1c (%)	8,17 \pm 2,49	7,33 \pm 1,45	$p \leq 0,02$

Perfil bioquímico. Dados obtidos nos exames de rotina para acompanhamento dos parâmetros sanguíneos dos pacientes atendidos pelo serviço de reabilitação. Dados estão apresentados em média \pm desvio padrão e Diferença Estatística ($p \leq 0,05$). HDLc: Lipoproteína de Alta Densidade; LDLc: Lipoproteína de Baixa Densidade; VLDLc: Lipoproteína de Muito Baixa Densidade; Hba1c: hemoglobina Glicosilada.

Discussão

O presente estudo demonstrou que os 30 participantes com distúrbios cardiometabólicos incluídos no programa de reabilitação física apresentavam: a) similitude pré e pós-reabilitação nas características idade, peso, estatura e IMC, diagnóstico prévio de doenças cardíacas e metabólicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), bem como a ocorrência de fatores de risco relacionados a essas doenças, destacando-se obesidade, dislipidemia, estresse, tabagismo e destacadamente o sedentarismo; b) apresentavam PAS controlada antes da realização do teste de esforço ergométrico e esperado aumento da PAS e FC durante o esforço máximo, mostrando, também, melhora significativa após a reabilitação nos parâmetros verificados durante o teste, sendo estes o débito cardíaco, equivalente metabólico e $Vo_{2\text{pico}}$; c) o estudo aponta, ainda, que o perfil lipídico obtido durante os exames bioquímicos de rotina se manteve inalterado, verificando-se na manutenção do colesterol total, HDLc, LDLc, VLDLc e triglicérides. Entretanto, o perfil glicídico apresentou melhora após o período de reabilitação física, verificando-se diminuição dos valores para glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e Hba1c.

As doenças cardiometabólicas são consideradas, atualmente, as principais causas de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que as patologias destacadas, no presente trabalho, estão de acordo com o apresentado nas diretrizes brasileiras para diabetes e hipertensão e que possuem uma série de estudos epidemiológicos que apontam as patologias cardíacas e metabólicas, especialmente, a HAS e a DM como componente elementar para o crescente número de óbitos e seu profundo impacto econômico e social (MALACHIAS *et al.*, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). Em consonância com essas diretrizes, no presente estudo, fatores de risco são apresentados como causas para o desenvolvimento dessas doenças, destacando-se que, ao longo do tempo, uma série de fatores ocorre para o surgimento das referidas patologias, como o tabagismo, dislipidemia, intolerância à glicose, excesso de estresse e sedentarismo de longa data, em que se pode destacar a necessidade da prescrição de exercício físico, sob supervisão especializada, visando tanto à prevenção, quanto à reabilitação dos indivíduos quanto aos fatores de risco e consequente desenvolvimento/progressão de doenças cardiometabólicas (CARVALHO *et al.*,2005; RICARDO *et al.*,2006).

Dentre as doenças metabólicas, o DM pode ser tratado como um dos distúrbios mais comuns na sociedade, ou seja, um conjunto de um grupo heterogêneo de distúrbios do metabolismo que apresenta em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, secreção da insulina ou em ambas. O DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição das células beta pancreáticas com consequente

deficiência de insulina; já o DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos, caracterizando-se por defeitos parciais na ação e na secreção da insulina, ambos resultando em hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Em consideração às doenças cardiovasculares, a HAS pode ser considerada o distúrbio mais comum entre a população, sendo tratada como uma condição clínica multifatorial que afeta a complacência dos vasos e a funcionalidade da bomba cardíaca, caracterizando uma elevação sustentada dos níveis pressóricos (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg), mesmo em condições de repouso. Frequentemente, se associa a distúrbios metabólicos e a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como sedentarismo, obesidade, dislipidemia, estresse e tabagismo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a reabilitação cardiometabólica segue em consonância com a Organização Mundial de Saúde, que caracteriza a reabilitação como a integração de intervenções, denominadas “ações não farmacológicas”, para assegurar as melhores condições físicas, psicológicas e sociais para o paciente com doença cardiovascular e metabólica, sendo que a prática médica ética não admite deixar, sem o benefício terapêutico da reabilitação, os portadores de patologias desse tipo (CARVALHO, 2005). Seguindo esses rumos, o presente trabalho verificou os efeitos da reabilitação com ênfase em exercícios físicos, cujas evidências científicas dão relevância ao treinamento físico, credenciando-o como a principal intervenção neste processo de reabilitação, por ser considerada modalidade terapêutica segura e obrigatória pelo que significa em termos de custo-efetividade (RICARDO; ARAÚJO, 2006).

Vale destacar que o exercício provoca um estresse fisiológico no organismo, como resultado do aumento da demanda energética em relação ao repouso, provocando modificações bioquímicas sistêmicas, promovendo um conjunto de adaptações morfológicas, bioquímicas, moleculares e funcionais que resultam numa melhora do condicionamento físico (CARVALHO, 2005). Em vista disso, o aprimoramento das funções fisiológicas oriundas do treinamento físico proporciona uma prevenção e/ou reabilitação das funções afetadas por doenças crônicas como as cardiometabólicas, tendo os resultados do presente estudo apontado para esse caminho nas variáveis que apresentaram melhora após o período de reabilitação.

Dentre as variáveis fisiológicas modificáveis com o exercício, o presente estudo verifica que a HAS, antes da avaliação ergométrica, estava controlada, bem como apresentou elevação juntamente com a FC durante o esforço máximo, estando dentro dos padrões de normalidade orientadas pela diretriz para o teste de esforço (MENEGHELO *et al.*, 2010). Ainda quanto aos dados do teste ergométrico, o presente trabalho aponta uma melhora no débito cardíaco após o período de reabilitação, em que é sugerido que a

associação do exercício aeróbico com o resistido aumenta a biodisponibilidade de óxido nítrico vascular em decorrência do efeito de cisalhamento ocasionado pelo exercício - o qual, em longo prazo, resulta em melhora da função endotelial e, conseqüentemente, da complacência vascular (KIM *et al.*, 2014), bem como, em virtude de uma readaptação do balanço autonômico, a partir de uma maior resposta vagal frente ao exercício físico, aprimorando a qualidade da frequência e função cardíaca (HSU *et al.*, 2015). Em decorrência dessas adaptações oriundas do treinamento aeróbico e resistido em longo prazo, ocorre um aumento do débito cardíaco, volemia e densidade capilar, resultando num aprimoramento da extração periférica de oxigênio e resultante aumento do consumo máximo de oxigênio (EHLKEN *et al.*, 2016), o que pode ser corroborado pelos dados apresentados no presente estudo, que utilizou essa associação de exercícios em um período semelhante de tempo e apresentou melhora no MET e Vo_{2pico} máximo.

No estudo de HAMASAKI *et al.* (2015), utilizando exercícios resistidos de baixa intensidade, aponta, também, uma maior eficiência na utilização de lipídios como substrato energético, retardando a utilização de glicogênio muscular, com conseqüente melhora do perfil lipídico. Entretanto, os resultados do presente trabalho não apresentaram modificação estatisticamente significativa no perfil lipídico obtido nos exames bioquímicos, podendo ter ocorrido em virtude de uma intensidade elevada na execução dos exercícios resistidos que utilizaria a glicose circulante ou o glicogênio muscular como substrato energético em detrimento dos constituintes lipídicos. Outro fator pode ter sido a necessidade de mais tempo de exercício aeróbico com intensidade moderada, ou até mesmo a necessidade de orientação nutricional quanto ao consumo de gorduras, visto que o serviço analisado, no presente estudo, carece de profissionais da área da nutrição.

Por outro lado, os dados do serviço apresentaram melhora significativa do perfil glicídico, estando de acordo com o estudo de revisão com meta-análise, que aponta a atividade física como um promotor de maior capilarização nas fibras musculares e potencializador da função mitocondrial, melhorando, assim, a sensibilidade dos tecidos à insulina (THOMAS *et al.*, 2006). Além disso, o exercício, nos moldes realizado no programa, segue o padrão apresentado em outros estudos demonstrados em relevante meta-análise, em que é destacado o aumento da captação de glicose sanguínea para os músculos por mecanismos não dependentes de insulina, envolvendo o GLUT4 (BOULÉ *et al.*, 2001). Sendo assim, os resultados do presente estudo vão ao encontro de outros como os de THOMAS *et al.* (2006) e BOULÉ *et al.* (2001), ao afirmar que o exercício facilita o metabolismo glicídico e sua eficiência, melhorando a regulação glicêmica, o que pode ser observado pelas menores concentrações basal e pós-prandial de insulina, bem como pela redução da hemoglobina glicosilada nos diabéticos fisicamente ativos, quando em comparação com os sedentários (THOMAS *et al.*, 2006; BOULÉ *et al.*, 2001).

Conclusão

O presente estudo aponta que os pacientes incluídos no serviço de reabilitação apresentavam doenças cardiometabólicas, especialmente, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, bem como outros fatores de risco para essas doenças como obesidade, dislipidemia, estresse e sedentarismo. Nesse sentido, o trabalho demonstra que o serviço de reabilitação física, utilizando a associação de exercícios aeróbicos com resistidos, promove uma melhora, em longo prazo (± 6 meses), em parâmetros fisiológicos obtidos durante o teste de esforço ergométrico e nos exames bioquímicos de rotina em pacientes com distúrbios cardiometabólicos. Verificou-se uma melhora no débito cardíaco, equivalente metabólico e Vo_{2pico} , bem como uma melhora no perfil glicídico desses pacientes, contribuindo para a melhora das funções fisiológicas afetadas pelas patologias.

Entretanto, exames mais apurados, como a avaliação da função endotelial por ultrassom e verificação de estresse oxidativo nas amostras sanguíneas, poderiam elucidar melhor os mecanismos envolvidos nessa interação que resulta na melhora das funções afetadas pelas patologias em decorrência do treinamento físico. Mesmo assim, os benefícios resultantes do programa demonstram a importância do serviço de reabilitação física no que tange à melhora da função cardiometabólica dos indivíduos, proporcionando um restabelecimento das funções fisiológicas afetadas pela cronicidade das doenças, sendo necessária, então, a ampliação de programas voltados à reabilitação cardíaca e metabólica da população.

Agradecimentos

Agradecemos ao corpo técnico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande HU FURG/EBSERH, por sua colaboração no atendimento aos clientes do Sistema Único de Saúde, sem o qual seria impossível o desenvolvimento e a conclusão do presente trabalho.

Referências

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Diretrizes do ACMS para os testes de esforço e sua prescrição. 9^oed – Rio de Janeiro: Guanabara 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2010. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, n. 1, Supl. 1, p. S11-61, Jan. 2010. Disponível em doi: 10.2337/dc10-S011.
- ARAÚJO, C. G. S.; CARVALHO, T.; CASTRO, C. L. B.; COSTA, R. V.; MORAES, R. S.; OLIVEIRA FILHO, J. A.; GUIMARÃES, J. I. Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 448-452, Nov. 2004. Disponível em doi: 10.1590/S0066-782X2004001700012.
- AVENELL, A.; BROWN, T. J.; MCGEE, M. A.; CAMPBELL, M. K.; GRANT, A. M.; BROOM, J.; JUNG, R. T.; SMITH, W. C. What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic

review of randomized controlled trials. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, Manchester, v. 17, n. 4, p. 317-335, Jul. 2004. Disponível em doi: 10.1111/j.1365-277X.2004.00531.x.

BISSON, M.; ALMÉRAS, N.; DUFRESNE, S. S.; ROBITAILLE, J.; RHÉAUME, C.; BUJOLD, E.; FRENETTE, J. TREMBLAY, A.; MARC, I. A 12-week exercise program for pregnant women with obesity to improve physical activity levels: an open randomised preliminary study. *PLoS ONE*, California, v. 10, n. 9, p. 1-17, Sep. 2016. Disponível em doi: 10.1371/journal.pone.0137742.

BOULÉ, N. G.; HADDAD, E.; KENNY, G. P.; WELLS, G. A.; SIGAL, R. J. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*, Chicago, v. 286, n. 10, p. 1218-1227, Sep. 2001. Disponível em doi: 10.1001/jama.286.10.1218.

CARVALHO T.; Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar E Metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 11, n. 6, p. 313-318, Nov./Dec. 2005. Disponível em doi: 10.1590/S1517-86922005000600002.

CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F. Mortality trends due to circulatory system diseases in Brazil: 1950 to 2000. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 93, n. 5, p. 490-497, Nov. 2009. Disponível em doi: 10.1590/S0066-782X2009001100009.

DECHAMETHAKUN, S.; MURAMATSU, M. Long noncoding RNA variations in cardiometabolic diseases. *Nature - Journal of Human Genetics*, Londres, v. 62, n. 1, p. 97-104, jan. 2017. Disponível em doi: 10.1038/jhg.2016.70.

EARNEST, C. E.; JOHANNSEN, N. M.; SWIFT, D. L.; GILLISON, F. B.; MIKUS, C. R.; LUCIA, A.; KRAMER, K.; LAVIE, C. J.; CHURCH, T. S. Aerobic and strength training in concomitant metabolic syndrome and type 2 diabetes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Indianapolis, v. 46, n. 7, p. 1293-1301, Jul. 2014. Disponível em doi: 10.1249/MSS.0000000000000242.

EHLKEN, N.; LICHTBLAU, M.; KLOSE, H.; WEIDENHAMMER, J.; FISCHER, C.; NECHWATAL, R.; UIKER, S.; HALANK, M.; OLSSON, K.; SEEGER, W.; GALL, H.; ROSENKRANZ, S.; WILKENS, H.; MERTENS, D.; SEYFARTH, H.; OPITZ, C.; ULRICH, S.; EGENLAUF, B.; GRUNIG, E. Exercise Training Improves Peak Oxygen Consumption and Haemodynamics in Patients with Severe Pulmonary Arterial Hypertension and Inoperable Chronic Thrombo-Embollic Pulmonary Hypertension: A Prospective, Randomized, Controlled Trial. *European Heart Journal*, Oxford, v. 37, n. 1, p. 35-44, Jul. 2015. Disponível em doi: 10.1093/eurheartj/ehv337.

GITT, A.; JANNOWITZ, C.; KAROFF, M.; KARMANN, B.; HORACK, M.; VÖLLER, H. Treatment Patterns and Risk Factor Control in Patients with and without Metabolic Syndrome in Cardiac Rehabilitation, London, v. 8, n. 1, p. 265-274, Apr. 2002. Disponível em doi: 10.2147/VHRM.S28949.

GLOWACKA, P.; MIZIA-STEC, K.; GASIOR, Z. Influence of Physical Effort on the Activity of the Endothelium Concerning Patients with Chronic Cardiac Insufficiency. *Przegl Lek*, v. 69, n. 1, p. 34-37, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22764517/#>.

GONG, Q.; RAJAGOPALAN, S.; ZHONG J.; Dpp4 Inhibition as a Therapeutic Strategy in Cardiometabolic Disease: Incretin-Dependent and -Independent Function. *International Journal of Cardiology*, Milão, v. 197, n. 15, p. 170-179, Oct. 2015. Disponível em doi: 10.1016/j.ijcard.2015.06.076.

GRUNDY, S. M.; BALADY, G. J.; CRIQUI, M. H.; FLETCHER, G.; GREENLAND, P.; HIRATZKA, L. F.; HOUSTON-MILLER, N.; KRIS-ETHERTON, P.; KRUMHOLZ, H. M.; LAROSA, J.; OCKENE, I. S.;

PEARSON, T. A.; REED, J.; WASHINGTON, R.; SMITH JR., S. C. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from framingham. *Circulation*, Dallas, v. 97, n. 18, p. 1876-1887, May. 1998. Disponível em doi: 10.1161/01.CIR.97.18.1876.

HAMASAKI, H.; KAWASHIMA, Y.; TAMADA, Y.; FURUTA, M.; KATSUYAMAH.; SAKO, A.; YANAI, H. Associations of low-intensity resistance training with body composition and lipid profile in obese patients with type 2 diabetes. *PLoS ONE*, California, v. 10, n. 7, p. 1-10, Jul. 2015. Disponível em doi: 10.1371/journal.pone.0132959.

HERDY, A. H. South American guidelines for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 103, n. 2, supl. 1, p.1-31. Ago. 2014. Disponível em doi: 10.5935/abc.2014S003.

HSU, C. Y.; HSIEH, P. L.; HSIAO, S. F.; CHIEN, M. Y. Effects of exercise training on autonomic function in chronic heart failure: systematic review. *BioMed Research International*, London, v. 2015, n. 591708, p. 1-8, Oct. 2015. Disponível em doi: 10.1155/2015/591708.

KIM, C.; CHOI, H. E.; JUNG, H.; KANG, S. H.; KIM, J. H.; BYUN, Y. S. Impact of aerobic exercise training on endothelial function in acute coronary syndrome. *Annals of Rehabilitation Medicine*, Seoul, v. 38, n. 3, p. 388-395, jun. 2014. Disponível em doi: 10.5535/arm.2014.38.3.388.

LEVINGER, I.; SHAW, C. S.; STEPTO, N. K.; CASSAR, S.; MCAINCH, A.; CHEETHAM, C.; MAIORANA, A. J. What doesn't kill you makes you fitter: a systematic review of high-intensity interval exercise for patients with cardiovascular and metabolic diseases. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, Thousand Oaks, v. 25, n. 9, p. 53-63, Jun. 2015. Disponível em doi: 10.4137/CMC.S26230.

MALACHIAS, M. V. B.; PLAVNIK, F. L.; MACHADO, C. A.; MALTA, D.; SCALA, L. C. N.; FUCHS, S. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: chapter 1 - concept, epidemiology and primary prevention. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, Set. 2016. Disponível em doi: 10.5935/abc.20160151.

MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO, C. G. S.; STEIN, R.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M.; *ET AL./SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA*. III Diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia sobre teste ergométrico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 5, sup. 1, p. 1-26, Dez. 2010. Disponível em doi: 10.1590/S0066-782X2010000800001.

MORAES, R. S. Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 431-440, Mai. 2005. Disponível em doi: 10.1590/S0066-782X2005000500015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. - 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: Il. Disponível em ISBN: 978-85-87943-65-1.

RICARDO, D. R.; ARAÚJO, C. G. S. Reabilitação Cardíaca Com Ênfase No Exercício: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, São paulo, v. 12, n. 5, p. 279-285, Set./Out. 2006. Disponível em doi: 10.1590/S1517-86922006000500011.

ROGER, V. L.; GO, A. S.; LLOYD-JONES, D. M.; BENJAMIN, E. J.; BERRY, J.T.; BORDEN, W. B.; BRAVATA, D. M.; DAI, S.; FORD, E. S.; FOX, C. S.; FULLERTON, H. J.; GILLESPIE, C.; HAILPERN, S. M.; TURAN, T. N.; VIRANI, S.S.; WONG, N. D.; WOO, D.; TURNER, M. B. Heart disease and

stroke statistics - 2012: update a report from the American Heart Association. *Circulation*, Dallas, v. 125, n. 1, p. e2-e220, Dec. 2011. Disponível em doi: 10.1161/CIR.0b013e31823ac046.

SAGAR, V. A.; DAVIES, E. J.; BRISCOE, S.; COATS, A. J. S.; DALAL, H. M.; LOUGH, F.; REES, K.; SINGH, S.; TAYLOR, R. S. Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis. *Open Heart*, London, v. 28, n. 1, p. 1-12, Jan. 2015. Disponível em doi: 10.1136/openhrt-2014-000163.

SPERLING, L. S.; MECHANICK, J. I.; NEELAND, I. J.; HERRICK, C. J.; DESPRÉS, J. P.; NDUMELE, C. E.; VIJAYARAGHAVAN, K.; HANDELSMAN, Y.; PUCKREIN, G. A.; ARANETA, M. R. G.; BLUM, Q. K.; COLLINS, K. K.; COOK, S.; DHURANDHAR, N. V.; DIXON, D. L.; EGAN, B. M.; FORKER, A. D.; RITZENTHALER, L. L.; GRUNDY, S. C. The Cardiometabolic health alliance working toward a new care model for the metabolic syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*, Washington DC, v. 66, n. 9, p. 1050-1067, Set. 2015. Disponível em doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1328.

THOMAS, D. E.; ELLIOTT, E. J.; NAUGHTON, G. A. Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, London, v. 19, n. 3, p. 3-5, Jul. 2006. Disponível em doi: 10.1002/14651858.CD002968.pub2.

THOMPSON, P. D. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Statement From the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*, Dallas, v. 107, n. 24, p. 3109-3116, Jun. 2003. Disponível em doi: 10.1161/01.CIR.0000075572.40158.77.

USSHER, M.; AVEYARD, P.; MANYONDA, I.; LEWIS, S.; WEST, R.; LEWIS, B.; MARCUS, B.; TAYLOR, A. H.; BARTON, P.; COLEMAN, T. Physical Activity as an Aid to Smoking Cessation during Pregnancy (LEAP) Trial: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, London, v. 13, n. 186, p. 1-12, Oct. 2012. Disponível em doi: 10.1186/1745-6215-13-186.

XAVIER, H. T.; IZAR, M. C.; FARIA NETO, J. R.; ASSAD, M. H.; ROCHA, V. Z.; SPOSITO, A. C.; FONSECA, F. A.; SANTOS, J. E.; SANTOS, R. D.; BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A.; MARTINEZ, T. L. R.; DIAMENT, J.; GUIMARÃES, A.; FORTI, N. A.; MORIGUCHI, E.; CHAGAS, A. C. P.; COELHO, O. R.; RAMIRES, J. A. F. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias E Prevenção Da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 101, n. 4, sup. 1, p. 01-22, Out. 2013. Disponível em doi: 10.5935/abc.2013S010.

TREINAMENTO AERÓBIO ASSOCIADO AO TREINAMENTO FUNCIONAL EM MULHERES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE CASO

Peterson Furtado Figueira

Priscila Aikawa

Leandro Quadro Corrêa

Introdução

Existem diversas formas de praticar atividades físicas e isso não é um fator exclusivo de pessoas saudáveis, pois diversas organizações internacionais recomendam uma vida mais ativa por meio de programas de atividade física no auxílio à prevenção e ao tratamento de doenças, como: obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, dislipidemias e cardiopatias (FÜZÉKI; BANZER, 2018).

O treinamento funcional (TF) é uma das alternativas, na busca de programas que possibilitem a melhora de parâmetros bioquímicos e funcionais através dos EF, sendo muito utilizado em treinamentos com altas intensidades (MAGALHÃES, *et al* 2019; FEALY, *et al* 2018). Seu custo-benefício o torna muito atraente, visto que não são necessários equipamentos sofisticados para sua realização, pois se trata de exercícios que utilizam o próprio peso corporal como incremento de cargas.

Muito difundido e eficaz no tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), o exercício aeróbio (EA) pode acarretar diversos benefícios aos seus praticantes, como: controle glicêmico, aumento da capacidade física e tolerância ao esforço (YUING; LIZANA; BERRAL, 2019). A combinação de ambos protocolos TF + EA, também, se demonstra muito eficaz no tratamento de paciente com DM2, principalmente, quando realizado em alta intensidade (NIEUWOUDT, *et al* 2017). Um estudo com mulheres japonesas, que realizavam uma frequência maior de treinamento combinado, encontrou associação com menor risco de desenvolver DM2 do que aquelas que não praticavam (SAWADA, *et al* 2019).

O DM2 é caracterizado por ser uma doença sistêmica que apresenta, como principal causa, a hiperglicemia, pois o organismo não produz insulina ou apresenta resistência a ela (ADA, 2019); isso acaba afetando a vida dos pacientes de diversas formas. Os exercícios são capazes de atuar, no tratamento e na prevenção ao DM2, como ferramenta não medicamentosa que está ligada à alta capacidade que o exercício possui de contribuir, positivamente, aos diversos sistemas orgânicos do corpo (HAWLEY, *et al* 2014).

Diante do que foi posto até agora, os exercícios de alta intensidade têm demonstrado resultados positivos para pacientes com DM2. Sobretudo, cabe salientar que os riscos podem aumentar quando os pacientes realizam exercícios com intensidades mais altas. Tratando-se de pacientes, muitas vezes, com comprometimentos mais severos de órgãos alvos, protocolos de leve à moderada intensidade, associados ao TF, também, devem ser mais explorados, visto que, recém agora, estão aparecendo recomendações para esse modelo de exercício em alta intensidade, tendo em vista o crescimento recente do interesse dos pesquisadores por esse tipo de intervenção e seu impacto sobre pacientes com diferentes morbidades.

O objetivo do presente capítulo foi verificar, por meio de estudo de caso, o efeito de 12 semanas de um treinamento aeróbio contínuo associado a um modelo de treinamento funcional focado na repercussão e nos desfechos sobre o controle glicêmico e sobre a força muscular em mulheres diabéticas tipo 2, usuárias de um hospital universitário do sul do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso, com duas mulheres com diabetes mellitus tipo 2, em acompanhamento no Centro Integrado de Diabetes (CID), do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), localizado no município de Rio Grande/RS. As pacientes foram encaminhadas ao serviço de reabilitação física pelos médicos endocrinologistas do CID.

Como Critérios de inclusão, adotamos: idade ≥ 45 anos; índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m²; ≥ 5 anos de diagnóstico; hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$; sedentárias. Quanto aos Critérios de exclusão: IMC ≥ 40 kg/m² (com problemas osteoarticulares); cardiopatias graves; doenças coronarianas e cardíacas descompensadas; limitação por neuropatias periféricas; lesões dermatológicas graves e retinopatia proliferativa; doença respiratória; amputação não-traumática; condições articulares que limitem o exercício e uso de betabloqueadores.

Protocolo de treinamento aeróbio e treinamento funcional

As participantes realizaram exercícios aeróbios (EA) contínuos e treinamento funcional (TF) durante 12 semanas, de acordo aos critérios e recomendações de tratamento e prevenção para o DM2 (ACSM, 2018). O EA foi realizado, em intensidade leve, entre 35 – 40% da frequência cardíaca de reserva (FCR), em esteira ergométrica, de forma contínua (Quadro 1), mais TF.

QUADRO 1 – Protocolo do exercício aeróbio

Sem.	% FCR	Vol.	Sem.	% FCR	Vol.
1	35 – 40%	20'	7	35 – 40%	28'
2	35 – 40%	20'	8	35 – 40%	28'
3	35 – 40%	24'	9	35 – 40%	32'
4	35 – 40%	24'	10	35 – 40%	32'
5	35 – 40%	24'	11	35 – 40%	32'
6	35 – 40%	28'	12	35 – 40%	32'

O TF foi realizado após o treinamento aeróbio, obtendo, como teto, 24 minutos; sua realização ocorreu em circuito, com 5 a 10 minutos de volta à calma ao final de cada sessão. O tempo de esforço e de descanso entre os exercícios foi controlado pelo aplicativo de *Smart Phone Tabata Timer*, versão para *Android*.

O TF (quadro 2) consistiu em 14 exercícios (entre educativos e variações), distribuídos em quatro sequências (composta por 6 exercícios cada), que foram trocadas a cada três semanas. Tais modificações objetivaram minimizar efeitos indesejados de desmotivação das participantes e de adaptação aos estímulos. Em relação ao número de séries/passagens no circuito, na primeira semana (adaptação), as mulheres realizaram uma série por exercício; na segunda, foi acrescida mais uma série e, na terceira, mais uma, seguindo com três séries até o final da intervenção (Quadro 3).

QUADRO 2 – Exercícios referentes ao Treinamento Funcional

SEQUÊNCIA N° 1	SEQUÊNCIA N° 2
Puxada baixa c/ thera band	Flexão de cotovelos conjugada c/ desenvolvimento de ombros
Extensão de joelho e tronco c/ puxada de kettlebell	Meio agachamento c/ elevação de kettlebell, partindo da altura do joelho
Agachamento (suporte c/ cadeira)	Agachamento (suporte c/ cadeira)
Elevação frontal c/ contração de quadril (anilha)	Elevação de quadril (ponte)
Flexão de braços na parede (afastamento a 1/3 do corpo)	Passada lateral
Arremesso de medicine ball	Rotação de tronco c/ extensão de membros superiores (anilha)
SEQUÊNCIA N° 3	SEQUÊNCIA N° 4
Desenvolvimento de ombros	Flexão de cotovelos conjugada c/ desenvolvimento de ombros
Puxada baixa c/ thera band	Swing c/ kettlebell
Agachamento c/ elevação de medicine ball	Agachamento c/ elevação de medicine ball
Flexão de braços na parede (afastamento a 1/3 do corpo)	Arremesso de medicine ball
Swing c/ kettlebell	Passada lateral
Elevação de quadril (ponte)	Rotação de tronco c/ extensão de membros superiores (anilha)

Conforme descrito no quadro 3, as progressões das cargas ocorreram por meio do acréscimo de tempo; a duração inicial foi de 30 segundos em cada exercício, sendo utilizada a progressão de 15 segundos a cada três semanas, até que se alcançasse 60 segundos. O intervalo entre um exercício e outro foi variável, dependendo da fase do treinamento em que a paciente se encontrava. A intensidade da carga foi controlada através da percepção subjetiva de esforço (PSE), buscando alcançar percepções entre 12 e 15 (intensidade moderada) na escala de Borg (BORG, 1970), medida ao final das sessões de treinamento, antes do período de volta à calma. Para isso, as mulheres receberam explicações sobre a escala na semana de adaptação para uma maior familiarização. As participantes foram instruídas a executar todos os exercícios na maior velocidade possível ou realizar o maior número de repetições possíveis.

QUADRO 3 – Progressões das cargas através do acréscimo de tempo no Protocolo do Treinamento Funcional

SESSÕES	SEM.	REL. ESF x PAUSA	SÉRIES	TEMPO
ambientação	xx	30" x 45"	1	5'
1 – 3	1	30" x 45"	1	5'
4 – 6	2	30" x 45"	2	10'
7 – 9	3	30" x 45"	3	15'
10 – 12	4	45" x 45"	3	18'
13 – 15	5	45" x 45"	3	18'
16 – 18	6	45" x 45"	3	18'
19 – 21	7	60" x 60"	3	24'
22 – 24	8	60" x 60"	3	24'
25 – 27	9	60" x 60"	3	24'
28 – 30	10	60" x 30"	3	18'
31 – 33	11	60" x 30"	3	18'
34 – 36	12	60" x 30"	3	18'

Instrumentos e parâmetros avaliativos

Foram aferidos HbA1c para desfechos secundários: glicemia, peso, IMC, circunferências da cintura e quadril, pressão arterial, frequência cardíaca, força de membros superiores. As aferições foram realizadas pelo mesmo avaliador.

Os exames de sangue, para as análises bioquímicas, foram solicitados antes e após a intervenção. As análises foram realizadas por equipe do setor responsável do HU/FURG. Informações sobre as medicações também foram coletadas pré, durante e pós as 12 semanas. As avaliações foram realizadas antes do início do programa e imediatamente após a 36ª sessão. A seguir, detalhamos os instrumentos e métodos utilizados. Os parâmetros utilizados, para classificação de IMC, RCQ, Framingham, são os utilizados pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 2018).

QUADRO 4 – métodos e instrumentos utilizados

Parâmetros	Instrumentos	Métodos	Controle
FC	Oxímetro de pulso portátil modelo Elera	Coletada após repouso de 5min. Colocando-se o oxímetro no dedo indicador	Antes e após cada sessão e antes e após 12 semanas
SPO2	Oxímetro de pulso portátil modelo Elera	Coletada após repouso de 5min. Colocando-se o oxímetro no dedo indicador	Antes e após cada sessão e antes e após 12 semanas
Glicemia capilar	Glicosímetro Accu Chek Perfoma	Coletada na face lateral da ponta do dedo	Antes e após cada sessão e antes e após 12 semanas
PA	Esfigmomanômetro premium aneróide	Medida após repouso de 5min. Com paciente sentado e o braço direito na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima	Antes e após cada sessão e antes e após 12 semanas
Circunferências	Fita ergonômica	Medida no ponto médio entre a projeção da décima costela e a crista ilíaca	Antes e após 12 semanas de treinamento
Dinamometria	Dinamômetro eletrônico CAMRY EH101	Avaliada com a paciente sentada e, apoiando o braço sobre a mesa, a mesma deve apertar o dinamômetro com uma mão de cada vez	Antes e após 12 semanas de treinamento
Framingham	Escore de risco de Framingham	Avaliado através do instrumento aplicado face a face	Antes e após 12 semanas de treinamento
Peso	Balança Digital Premium-Balmak-BK-300F - 300kg	Avaliado com roupas leves, sem calçados, com os bolsos vazios e sem acessórios, com o peso distribuído em ambos os pés na plataforma	Antes e após 12 semanas de treinamento
Altura	Estadiômetro de Parede Altura 2 metros	Medida sem calçados ou com meias, estando as avaliadas em pé com as pernas e pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo, costas voltadas para a parede	Antes e após 12 semanas de treinamento

FC: frequência cardíaca; SPO2: saturação de oxigênio; PA: pressão arterial.

Resultados

O estudo foi desenvolvido com duas mulheres, uma (A), com 74 anos, com ensino médio completo, diagnóstico de DM2 há 20 anos, em menopausa há 24 anos, pensionista; a outra (B), com 55 anos, com ensino fundamental incompleto, diagnóstico de DM2 há 15 anos, em menopausa há 7 anos, com ocupação de doméstica. Não foram coletadas informações sobre o padrão de alimentação das pacientes. As doses dos fármacos não foram alteradas durante o período da intervenção. As duas pacientes realizaram as sessões de treinamento às 8 horas da manhã.

QUADRO 5 – Fármacos utilizados pelas pacientes (A) e (B)

PACIENTE (A)				PACIENTE (B)		
Medicamento	Dose	Freq.		Medicamento	Dose	Freq.
1	Artrolive	400mg	2x p/dia	Insulina (NPH)	38U	Manhã
2	Losartana	50mg	2x p/dia	Insulina (NPH)	38 U	Noite
3	Metformina	850mg	3x p/dia	Losartana	50mg	2x p/dia
4	Insulina (NPH)	32U	Manhã	Hidroclorotiazida	25mg	1x p/dia
5	Insulina (NPH)	32U	Noite	AAS	100mg	1x p/dia
6	Hidroclorotiazida	25mg	1x p/dia	Sinvastatina	20mg	1x p/dia
7	Rusovas	10mg	1x p/dia	Sustrate	10mg	se necessário.

A paciente A iniciou o programa com 79,6kg de peso corporal, 1,46m de altura, IMC de 37,3 (obesidade grau II); 114cm de circunferência da cintura e 119cm de quadril, relação cintura-quadril (RCQ) 0,95 (risco muito alto). Enquanto a paciente B, com 79,4kg de peso corporal, 1,67m de altura, IMC de 28,5 (sobrepeso); 100cm de circunferência da cintura e 113cm de quadril, RCQ 0,88 (alto risco).

A paciente A esteve presente nas 36 sessões, enquanto a paciente B esteve presente em 24 sessões. A seguir, apresentamos os dados coletados pré e pós intervenção.

TABELA 1 – Parâmetros avaliados nas pacientes (A) e (B)

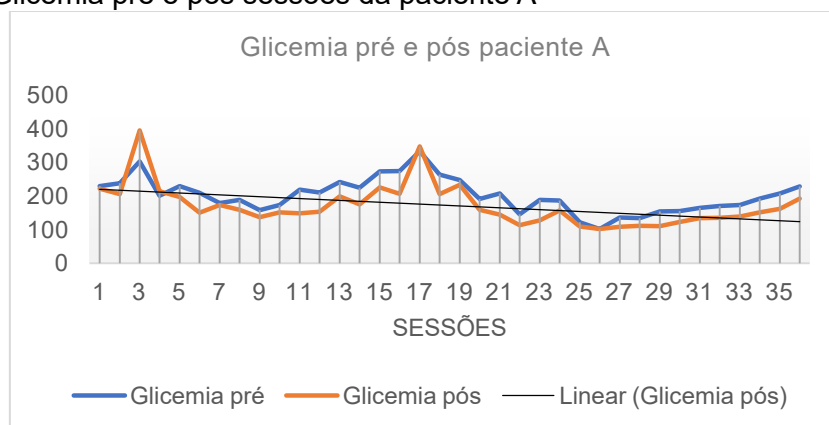
Resultados após 12 semanas	PACIENTE A			PACIENTE B		
	PRÉ	PÓS	DELTA	PRÉ	PÓS	DELTA
Glicose (mg/dL)	164	140	-24	116	66	-50
Glic. pós-prand. (mg/dL)	210	124	-86	---	---	---
Creatinina (mg/dL)	1,1	1,2	0,1	1,3	1,3	0
CT (mg/dL)	156	179	23	187	110	-77
HDL (mg/dL)	50	50	0	33	29	-4
LDL (mg/dL)	67,4	87	19,6	112	48,3	-63,7
VLDL (mg/dL)	38,4	42,4	4	42,4	32,6	-9,8
Triglicerídeos (mg/dL)	192	212	20	212	163	-49
HbA1c (%)	7,1	6,2	-0,9	10,1	7,2	-2,9
FC (bpm)	88	85	-3	100	94	-6
PAS (mm/Hg)	110	98	-12	120	120	0
PAD (mm/Hg)	60	55	-5	80	70	-10
SPO2 (%)	98	98	0	96	98	2
Peso (kg)	79,6	78,2	-1,4	79,4	78,9	-0,5
Altura (m)	1,46	1,46	0	1,67	1,67	0
IMC (kg/m ²)	37,3	36,7	-0,6	28,5	28,2	-0,3
CC (cm)	114	108,5	-5,5	100	100	0
CQ (cm)	119	119	0	113	113	0
RCQ (cc/cq)	0,95	0,9	-0,05	0,88	0,88	0
Dinamom. dir. (kg)	16,9	18	1,1	15,5	18,2	2,7
Dinamom. esq. (kg)	10,2	7,7	-2,5	13,9	16,1	2,2
Framingham (%)	6%	6%	0	27%	11%	-0,16

Glic. pós-prand.: glicemia pós-prandial; CT: colesterol total; HbA1c: hemoglobina glicada; FC: frequência cardíaca; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; SPO₂: saturação de oxigênio no sangue; IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; CQ: circunferência do quadril; RCQ: razão cintura quadril; Dinamom. dir.: dinamometria da mão direita; Dinamom. esq.: dinamometria da mão esquerda.

As duas pacientes da amostra apresentaram redução na glicose de jejum, HbA1c, PAD, peso e IMC. Apenas a paciente B demonstrou redução nos parâmetros referentes ao colesterol total e suas frações, aos triglicerídeos e ao escore de estratificação de risco cardíaco Framingham. Não houve diferença, na PAS, em nenhuma das duas pacientes.

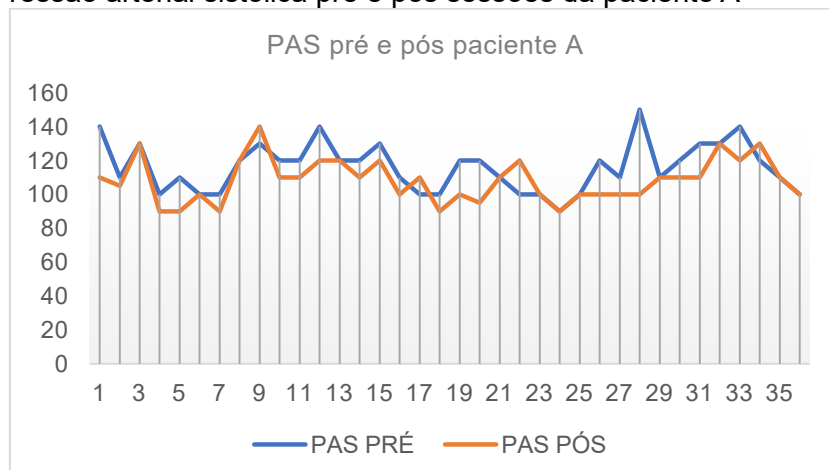
A seguir, apresentaremos os resultados antes e após cada uma das 36 sessões para glicemia, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica da paciente A.

FIGURA 1 – Glicemia pré e pós sessões da paciente A



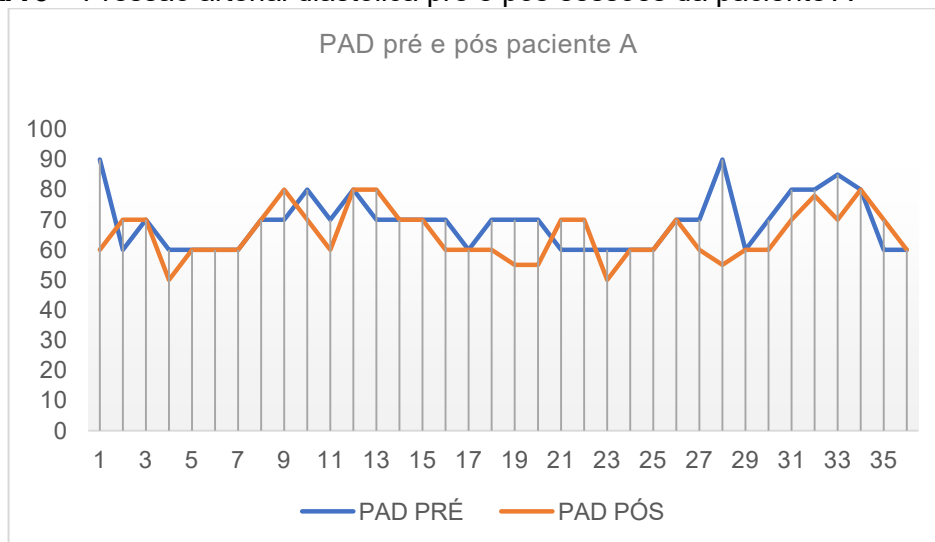
Quanto às elevações da glicemia, mesmo após as sessões (Figura 1), deve-se ao fato da paciente A ter esquecido de aplicar a dose de insulina pela manhã. Conforme registro na ficha de acompanhamento.

FIGURA 2 – Pressão arterial sistólica pré e pós sessões da paciente A



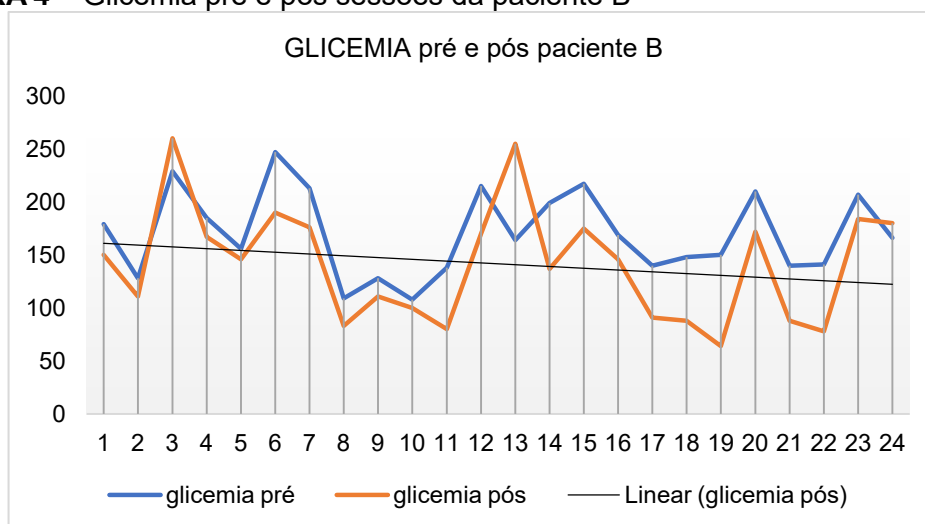
A pressão arterial, tanto sistólica como diastólica da paciente A, mostrou-se dentro dos níveis ideais de tratamento e acompanhamento para hipertensão, tendo poucas oscilações, principalmente, por se tratar de uma mulher com 74 anos.

FIGURA 3 – Pressão arterial diastólica pré e pós-sessões da paciente A



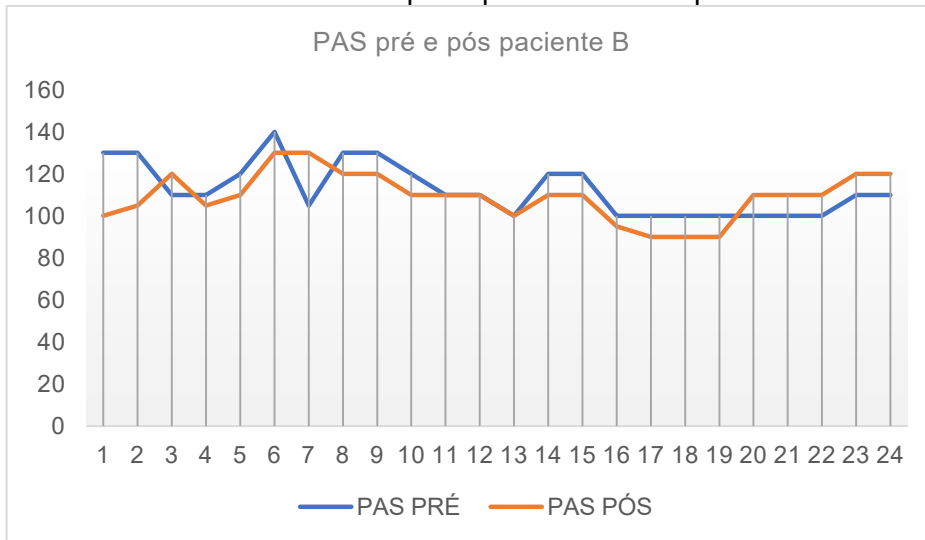
A seguir, apresentamos, de mesmo modo, os dados de glicemia, PAS e PAD da paciente B (Figuras 4, 5 e 6, respectivamente). Como a paciente B não compareceu a todas as sessões de treinamento, apresentamos os dados referentes às sessões em que a mesma esteve presente.

FIGURA 4 – Glicemia pré e pós sessões da paciente B



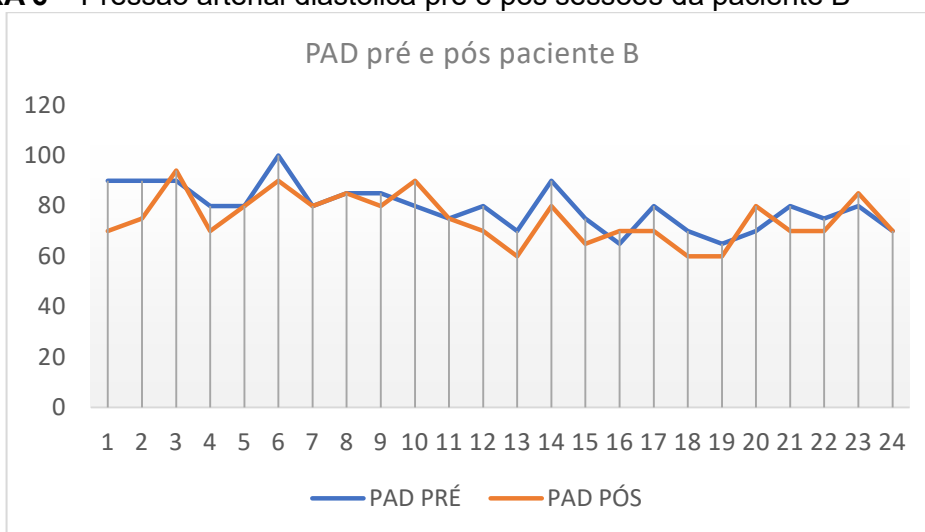
A paciente B referia, abertamente, nenhum cuidado com a alimentação, lembrando que a ingestão de alimentos não foi uma variável estudada neste protocolo de intervenção, com ingestas de altas quantidades de carboidratos simples. Atrelado, ainda, ao esquecimento, por vezes, da utilização da insulina.

FIGURA 5 – Pressão arterial sistólica pré e pós sessões da paciente B



A pressão arterial da paciente B não foi um problema, com poucos picos hipertensivos ao longo do período estudado.

FIGURA 6 – Pressão arterial diastólica pré e pós sessões da paciente B



Discussão

Os principais achados desta série de casos que utilizou protocolo estruturado de treinamento funcional associado ao treinamento aeróbio em esteira foram melhorias em relação à saúde das pacientes, no que diz respeito aos parâmetros bioquímicos (redução da glicemia e hemoglobina glicada).

Embora a perda de peso não tenha sido um desfecho com grandes alterações, provavelmente, devido à baixa intensidade do programa, a paciente B apresentou considerável melhora nos parâmetros bioquímicos. Muito documentado, na literatura, o

exercício físico possui grande potencial para mudança de tais parâmetros bioquímicos (KEMPS, *et al* 2019).

A glicose de jejum, assim como a hemoglobina glicada, são fortemente influenciadas pelos exercícios físicos, obtendo melhorias e reduzindo riscos associados aos pacientes diabéticos, tais como, sensibilidade à insulina, perfil lipídico, reatividade vascular e aptidão cardiorrespiratória (BECKMAN, *et al* 2013), corroborando com nossa intervenção, visto que as pacientes se beneficiaram tanto com reduções na glicose (média de -37mg/dL) como no HbA1c (média de -1,9%). A redução de quase 3%, na HbA1c, da paciente B, está dentro do que vem sendo documentado na literatura, uma vez que, quanto mais altos os valores de HbA1c, maiores serão as reduções atreladas aos programas de atividade física (KEMPS, *et al* 2019), conseqüentemente, refletindo, positivamente, na saúde da paciente.

Só a presença de DM2 já duplica o risco de mortalidade, independentemente da presença ou não de doença cardiovascular (ZINMAN, *et al* 2003). Diante disso, os níveis de colesterol, necessariamente, precisam estar dentro dos parâmetros de segurança. Na paciente A, o colesterol e suas frações aumentaram, o que contradiz os dados da literatura; em suma, o exercício físico combinado ao uso de estatinas reduz, de maneira satisfatória, os níveis lipídicos (FRANCISCO, 2016). Enquanto, na paciente B, os mesmos parâmetros mencionados reduziram, como esperávamos (HAYASHINO, *et al* 2012). Como principal desfecho ligado à dislipidemia, alcançamos, na paciente B, as recomendações da *European Society of Cardiology*, que apontam, como meta de tratamento, uma redução pela metade das lipoproteínas de baixa densidade para uma redução de eventuais problemas cardíacos (CATAPANO, *et al* 2016), assim como para a prevenção e controle da aterosclerose (SOARES, *et al* 2019).

Quanto às medidas antropométricas de circunferência da cintura, a paciente A apresentou redução de 5,5cm, o que também podemos considerar um bom resultado, visto que diminuímos, por conseqüência, a RCQ. Tal redução torna-se importante porque sabemos da forte correlação entre tais medidas e desfechos cardiovasculares (OLIVEIRA, *et al* 2010). A paciente B não apresentou diferenças nestes parâmetros devido ao fato de a mesma não ter comparecido a todos os encontros, como a paciente A.

A redução da PAS e PAD é algo bem estabelecido na literatura (FECCHIO, *et al*, 2017); o efeito hipotensor que o exercício provoca é um fator de proteção, já que uma redução de 3mmHg na PAS pode acarretar em uma diminuição de 5-9% para risco cardiovascular e 8-14% para infarto agudo do miocárdio (DA SILVA HORTENCIO, *et al* 2018). No presente estudo de caso, obtivemos, como resultado, uma redução de 12mmHg na PAS da paciente A, após as 12 semanas de treinamento, o que nos remete a mais um desfecho positivo, visto que a HAS, por si só, diminui a expectativa de vida (DE ANDRADE, 2019). No que compete à PAD, a adesão a programas de exercícios físicos influencia em

sua redução, e seu efeito hipotensor já está bem estabelecido quando se compara o seu efeito em pessoas sedentárias antes e após três meses (DA SILVA HORTENCIO, *et al* 2018).

A dinamometria mostrou-se com pouca modificação, piorando no caso da paciente A, pois ela apresentou um quadro de tendinite na mão esquerda. Embora a paciente B tenha obtido pequena melhora em ambos os membros, apenas, no braço direito, houve melhora suficiente para sair da classificação de fraco, de acordo com gênero e idade, para normal. As demais medidas, nas duas pacientes, não sofreram alteração de acordo com a tabela de classificação fornecida pelo fabricante do dinamômetro (*Dinamômetro Eletrônico CAMRY EH101*).

Boa parte dos fatores de riscos cardiovasculares são modificáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, entre outros (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2020). O *Score de Framingham*, preditor de risco cardíaco em 10 anos, não reduziu para a paciente A. No entanto, para a B, acabou reduzindo 16%; tal redução significa sair da classificação de alto risco do score, para risco intermediário. Essa mudança está atrelada à melhora dos demais parâmetros que compõem a estratificação de risco, alguns deles são: PAS, PAD, HDL e LDL.

Acreditamos que o protocolo utilizado tem potencial para influenciar, positivamente, na vida de mulheres com DM2. Entretanto, o número pequeno de participantes não nos permite extrapolar tais dados, sendo que esse número limitado de participantes também foi a principal limitação do estudo. Por se tratar de um estudo realizado dentro de um hospital universitário, chegam muitos pacientes com limitações clínicas e físicas mais graves, mas, em alguns casos, tais fatores não precisariam estar dentre os critérios de elegibilidade. Talvez, uma nova intervenção com um volume de treinamento menor e com intensidade de moderada à vigorosa possa trazer resultados interessantes para uma futura pesquisa.

Conclusão

No que tange aos objetivos da pesquisa, acreditamos que os desfechos resultantes do controle glicêmico foram alcançados. Assim como outras variáveis associadas à redução de riscos cardiovasculares, também, foram estabelecendo um programa de exercícios físicos de baixa intensidade, que pudesse ser executado de forma segura e que fosse capaz de gerar resultados positivos para as pacientes. O protocolo não foi capaz de produzir grandes alterações no peso das pacientes. Todavia, alguns parâmetros bioquímicos foram positivamente alterados.

Cabe ressaltar que as participantes do protocolo são usuárias do Sistema Único de Saúde e que o presente estudo foi construído durante a formação teórico-prática na Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na atenção cardiometabólica do adulto, no HU-FURG.

Referências

- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes*. **Diabetes Care**, 2019.
- BECKMAN, Joshua A. *et al.* Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part II. **European heart journal**, v. 34, n. 31, p. 2444-2452, 2013.
- BORG, Gunnar. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. **Scandinavian journal of rehabilitation medicine**, 1970.
- CATAPANO, Alberico L., *et al.* "2016 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). **Atherosclerosis**, v. 253, p. 281-344, 2016.
- DA SILVA HORTENCIO, Marinella Nogueira *et al.* Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.
- DE ANDRADE, Daniel Ventura. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física: orientações fisioterapêuticas para exercícios físicos. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 2, p. 90-99, 2019.
- Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição / American College of Sports Medicine; tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2018.
- FEALY, Ciarán E., *et al.* Functional high-intensity exercise training ameliorates insulin resistance and cardiometabolic risk factors in type 2 diabetes. **Experimental physiology**, v.103, n .7, p. 985-994, 2018.
- FECCHIO, Rafael Yokoyama *et al.* Exercício físico na redução da pressão arterial: Por quê? Como? Quanto? **Revista Hipertensão**, v. 20, n. 1, p. 3-15, 2017.
- FRANCISCO, Wellington Soares. "Dislipidemia e exercício físico na diabetes mellitus tipo 2." (2016): 26-f.
- FÜZÉKI, Eszter; BANZER, Winfried. Physical activity recommendations for health and beyond in currently inactive populations. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 5, p. 1042, 2018.
- HAWLEY, John A., *et al.* Integrative biology of exercise. **Cell**, v. 159, n. 4, p. 738-749, 2014.
- HAYASHINO, Yasuaki *et al.* Effects of supervised exercise on lipid profiles and blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 98, n. 3, p. 349-360, 2012.
- KEMPS, Hareld *et al.* Exercise training for patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: what to pursue and how to do it. A position paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 26, n. 7, p. 709-727, 2019.

MAGALHÃES, João P., *et al.* Effects of combined training with different intensities on vascular health in patients with type 2 diabetes: a 1-year randomized controlled trial. **Cardiovascular Diabetology**, v.18, n.1, p. 34, 2019.

NIEUWOUDT, Stephan, *et al.* Functional high-intensity training improves pancreatic β -cell function in adults with type 2 diabetes. **American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism**, v.313, n. 3, p. E314-E320, 2017.

OLIVEIRA, Gabriela, Maria Denise Schimith, and Vanessa do Nascimento Silveira. Fatores de risco cardiovascular em mulheres: revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 6, p. 799-815, 2020.

OLIVEIRA, Mirele Arruda Michelotto de, *et al.* Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 4, p. 478-485, 2010.

SAWADA, Susumu S., *et al.* Combined aerobic and resistance training, and incidence of diabetes: A retrospective cohort study in Japanese older women. **Journal of Diabetes Investigation**, v. 10, n. 4, p. 997-1003, 2019.

SOARES, Bianca Tostes, *et al.* Efeito do exercício físico sobre a dislipidemia. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, p.58, 2019.

YUING, Tuillang; LIZANA, Pablo A.; BERRAL, FJ Efeitos do treinamento físico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Revista Medica de Chile**, v. 147, n.4, p. 480-489, 2019.

ZINMAN, B., *et al.* Physical activity/exercise and diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 26, p. S73, 2003.

PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Carolina Coutinho Costa Vallejos

Daniele Ferreira Acosta

Introdução

A adolescência, compreendida entre a infância e a fase adulta, é marcada pela complexidade do crescimento e do desenvolvimento biopsicossocial. Considerando a imaturidade e a inexperiência, comum entre os 10 e 19 anos, esse grupo etário é sujeito a diversas situações, de maior ou menor vulnerabilidade social, individual ou coletiva, principalmente, no que se refere aos agravos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. (PEREIRA; TAQUETTE, 2016).

Um estudo aborda o “pensamento mágico” entre adolescentes, pautado na fantasia de imunidade e na isenção de gravidez na primeira relação sexual. Há uma dissociação entre a prática sexual e a conseqüente gestação, o que explica a surpresa e a culpabilização do acaso quando a gravidez é confirmada (ALBUQUERQUE-SOUZA; NOBREGA; COUTINHO, 2012). Além disso, muitos têm dificuldade em negociar o uso de preservativo nas relações ao acreditar que diminui o prazer na relação sexual ou que o insumo possa sumir na genitália feminina durante o ato (CRUZ *et al*, 2018).

Dessa forma, considerando que a fase da adolescência é permeada por dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, o modelo de atenção à saúde precisa permitir a discussão, o desenvolvimento de habilidades, a expressão de sentimentos e de opiniões, de forma que se estabeleça vínculo e confiança entre adolescente e equipe de saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, destaca-se a rede de apoio que, além dos profissionais da saúde, é composta pela escola e professores, pelos pais e familiares.

São nesses pontos de apoio que os adolescentes buscam informações sobre sexualidade e planejamento familiar. Estudo que descreveu o conhecimento sobre métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes de escolas públicas do município de Senhor do Bonfim, Bahia, evidenciou que a principal fonte de informação sobre sexualidade, citada pelos jovens, foi seus pais, e logo depois a internet (CRUZ *et al*, 2018).

Diante disso, observa-se que o adolescer é influenciado por fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Portanto, há necessidade de

uma abordagem singular desses sujeitos, com vistas a atender suas necessidades enquanto indivíduo único e enquanto pertencendo a um grupo. Organizações internacionais, bem como as políticas públicas do Brasil, discutem a proposta do planejamento familiar como uma questão voltada para os direitos sexuais e reprodutivos, com destaque para os métodos contraceptivos (SANCHES; SIMÃO-SILVA, 2016).

Nesse sentido, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, modelo de saúde que proporciona uma atenção continuada aos usuários, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. (BRASIL, 2017). As unidades de saúde contam com equipe multidisciplinar composta pelo menos médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde que prestam um cuidado longitudinal, no território, o que possibilita conhecer as necessidades em saúde da população.

No que se refere ao planejamento familiar, debater o tema com este grupo exige habilidade, conhecimento e inovação, de forma que o diálogo se estabeleça e que o conhecimento seja compartilhado e aplicado no dia a dia. Pesquisadores destacam que a insatisfação com o uso do método contraceptivo, por parte de mulheres, pode ser indício de deficiência no planejamento familiar, quando os mesmos são impostos pela equipe técnica, não havendo uma conversa e/ou atividades educativas. Diante disso, destacam a necessidade de respeito, de reconhecimento das potencialidades dos adolescentes e da rede de apoio, da escuta ativa e da confidencialidade das informações sobre sexualidade ao adolescente (RIBAS, 2016)

Nesse sentido, destacam-se os agentes comunitários de saúde devido ao papel dentro da escola e à proximidade com a comunidade e com as famílias. Para que haja aconselhamento no planejamento familiar, é preciso o estabelecimento de vínculo ao encontro de uma atenção diferenciada. São os agentes que entram na casa das pessoas, identificam problemas e trazem diretamente para a equipe de saúde (FIGUEIREDO; BASTOS; TELLES, 2012). Além disso, conhecem bem as dificuldades e os dilemas do dia a dia, considerando que moram na área de abrangência, o que, de certa forma, contribui para a melhoria da atenção à saúde.

Para tanto, o ACS deve estar preparado para agir junto à comunidade, sendo de responsabilidade do enfermeiro a supervisão e a coordenação das ações para a sua capacitação (BRASIL, 2017). Com base no tema em pauta, após a problematização de temáticas, eles assumem a responsabilidade de problematizar as informações sobre o planejamento familiar e os métodos contraceptivos aos adolescentes, por meio de discussões, rodas de conversa, orientação nas escolas, juntamente com a equipe.

Através de atividades educativas, que não precisam ser feitas, exclusivamente, nas unidades de saúde, em que, muitas vezes, os adolescentes têm receio, vergonha ou medo de entrar em contato. É possível alcançar os vários espaços ocupados pelos adolescentes, fazendo com que tenham ciência dos seus direitos e façam as escolhas corretas e conscientes. Com base no diagnóstico comunitário realizado pelas residentes da Residência Multiprofissional de Saúde da Família, no período de julho de 2016, foram constatadas 47 gestantes, sendo 13 (27%) adolescentes (entre 14 e 19 anos de idade). Esse dado, em conjunto com os dados em nível nacional, confirma a alta incidência de gestação na adolescência.

Em vista disso, esse trabalho se justifica pela necessidade de melhorar o acesso e conhecimento sobre o planejamento familiar entre os adolescentes. Nesse sentido, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde, visto que eles têm maior contato com os usuários e são encarregados de problematizar informações em saúde com as famílias.

Assim, este estudo tem como questões norteadoras: qual o conhecimento dos ACS acerca do planejamento familiar e qual a percepção dos ACS sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes? Objetiva-se conhecer o saber dos ACS acerca do planejamento familiar e compreender a percepção dos ACS sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes.

Metodologia

Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), do município do Rio Grande/RS, que abrange uma população adscrita entre 3.500 e 4.000 habitantes. A Unidade Básica de Saúde da Família Doutor Luiz Gonzaga Dora (UBSF Castelo Branco), local de estudo deste trabalho, contempla os bairros Castelo Branco I, Santa Rita de Cássia e Profilurb. Duas equipes são responsáveis por atender a essa população, sendo cada uma composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), além da equipe de residentes multiprofissionais em saúde. Na unidade, também, há uma equipe de saúde bucal e uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Foram convidadas para participar do estudo todas as agentes comunitárias de saúde (ACS) que atuam na UBSF, porém, nesse período, uma pediu exoneração e a outra estava em licença saúde, sendo assim, excluídas do estudo, totalizando 10 informantes. Todas as outras aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na coleta de dados, foi usada a técnica de Grupo Focal. Essa técnica deriva de discussão em grupo para coleta de informações, percepções, crenças, atitudes sobre o tema e diferentes pontos de vista (TRAD, 2009). Para facilitar a interação entre o grupo, eles

podem estar dispostos em roda ou todos em volta de uma grande mesa para que seja permitida a visualização face a face de todas as participantes, situação adotada no presente estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2017. Para a discussão do tema, um moderador encaminhou a conversa, através de um roteiro de questões norteadoras sobre o tema, facilitando trocas e mantendo os objetivos do trabalho do grupo. Cabe ao moderador conduzir o grupo adequadamente, já que tem como atribuições introduzir a discussão, enfatizar que não há respostas certas ou erradas, encorajar a palavra de cada participante, aprofundar as respostas e comentários considerados relevantes e observar comunicações não verbais (TRAD, 2009).

O primeiro encontro foi para a apresentação do estudo, explanação sobre o termo de consentimento e acerto para a data dos encontros futuros; os outros dois abordaram a temática. Três encontros foram suficientes para esgotar a temática. Esses, sempre, ocorreram nas quartas feiras, dia em que ocorre o expediente interno da unidade.

A conversa foi realizada, na sala de reuniões da unidade, no próprio local de atuação das ACS, pois era de fácil acesso às informantes. Foi utilizado um gravador de voz para posterior transcrição dos dados, realizada mediante permissão dos participantes (TRAD, 2009).

Após a transcrição, a análise de conteúdo, adotada neste trabalho, se estabeleceu a partir de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. A primeira foi dada como organização do material, em que se fez a leitura minuciosa dos resultados, buscando particularidades de cada informante para a elaboração das ideias. Após essa busca, fez-se a codificação com letras e/ou números, de forma que pudessem ser agrupados em núcleos semelhantes. Posteriormente, os conteúdos agrupados deram origem às categorias (BARDIN, 2011).

Para manter o anonimato dos sujeitos, esses foram identificados pelas iniciais ACS, seguido de numeração sucessiva (ACS1, ACS2...). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com o Parecer número 57/2017.

Resultados e discussões

Todas as 10 participantes foram mulheres, trabalhavam na unidade por, no mínimo, cinco anos e, no máximo, por dezesseis anos. As idades variaram, sendo a mínima 29 anos e a máxima 52 anos. Sobre a situação conjugal, metade era casada e metade era solteira, todas tinham filhos. Apenas uma tinha ensino médio incompleto, o restante ensino médio completo. Acerca do tempo de atuação na Estratégia em Saúde da Família, o mínimo foi de cinco anos e o máximo de 16 anos. A maioria delas recebeu capacitação em planejamento familiar.

A seguir, discorre-se sobre as duas categorias gerais: “O saber e a visão das agentes comunitárias de saúde sobre o planejamento familiar para adolescentes” e “Ferramentas de trabalho que facilitam e dificultam a realização do planejamento familiar com os adolescentes”.

O saber e a visão das agentes comunitárias de saúde sobre o planejamento familiar para adolescentes

Esta categoria compreende duas subcategorias: a percepção das ACS sobre adolescentes e a visão das ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar.

Percepção geral das ACS sobre adolescentes

A presente subcategoria aborda a visão geral que as agentes comunitárias de saúde têm sobre adolescentes. Abaixo, seguem falas que abrangem o comportamento dessa população, incluindo a falta de maturidade, de compromisso e de interesse, além de sentimentos e vergonha, comum nessa fase.

ACS10: “Adolescência para mim é a pior parte da vida, por que é a transformação, eles não escutam pai, amigos, eles escutam aquilo que querem ouvir. Eu vou fazer aquilo que eu quero. Os adolescentes precisam de ajuda de vários lados”.

ACS7: “Acho que tem muita falta de interesse e falta de cuidado porque falta de informação não é (...), mas eu acho que falta de informação de jeito nenhum não é, é falta de interesse mesmo da pessoa, de cuidado da pessoa mesma e aquele negócio: ‘não vai dar nada’ e acaba dando”.

ACS1: “Eu vejo que eles querem ter liberdade, mas não querem ter compromisso”.

Na fala das ACS, observa-se a visão sobre o comportamento deste grupo. As ACS relatam que a adolescência é uma fase na qual não ouvem os pais, não possuem responsabilidades, não planejam suas ações, são inconsequentes e só prestam atenção na opinião do próprio grupo.

De acordo com a literatura nesta fase, é comum o afastamento dos familiares e a inserção em grupos de pessoas da mesma idade. Por isso, é comum que ouçam os seus pares, colocando de lado as reivindicações da família. Quando estão entre os amigos, enfrentam desafios, mas quando estão sozinhos perdem essa coragem (TIBA, 2005).

Os adolescentes estão numa fase de transformação, tanto física quanto psicológica. Com as modificações físicas, o indivíduo começa a analisar a sua identidade, tentando integrar o passado (sua infância) com as exigências do novo meio. Diante disso, a vergonha e a falta de interesse, relatados pelas agentes, por exemplo, podem ser modificados ao longo tempo, dando lugar ao senso crítico, ao cumprimento das responsabilidades e ao amadurecimento natural do ser humano.

O amadurecimento do córtex ocorre até os 25 anos, e essa área é responsável pelo planejamento de longo prazo, controle de emoções e senso de responsabilidade. Portanto, é comum que os adolescentes não estejam aptos para determinadas tomadas de decisões (TIBA, 2005). ou mesmo que não se interessem por certos temas.

Também, foi observado, nas falas das ACS, que o público adolescente tem dificuldade de expressar o que realmente está sentindo, tem vergonha de falar sobre certos assuntos e, por causa da imaturidade, são muito vulneráveis.

ACS1: “Algumas vezes eles têm dificuldade de expressar o que eles sentem, o que eles querem, o que eles esperam, mas sabemos que os adolescentes são muito inconstantes, uma hora querem uma coisa e uma hora querem outra...”

ACS8: “Ainda mais que são só adolescentes, não tem maturidade, e se não está maduro já tem o risco de se perder”.

ACS4: “Eles têm vergonha, você vai falar alguma coisa eles já baixam a cabeça e riem”.

Entende-se que a vulnerabilidade pode estar associada à imaturidade, à vergonha de conversar questões pessoais com um adulto ou profissional da saúde, bem como às dúvidas que permeiam essa fase de transformação. Nesse sentido, a fim de auxiliar os profissionais a enfrentarem os desafios que estão associados ao cuidado com os adolescentes, o Ministério da Saúde disponibilizou, em 2017, um caderno de saúde dos adolescentes, que traz as forças de resiliência e os fatores de risco que o adolescente está sujeito.

O manual do Ministério da Saúde descreve algumas situações de risco como a instabilidade familiar, dificuldades escolares, falta de identidade no grupo, solidão, impulsividade, exploração de trabalho entre outros. Tais fatores podem gerar o adoecimento dos adolescentes, podendo levar a sofrimento mental, com destaque para depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade e oscilações de humor, problemas de obesidade, desnutrição, iniciação sexual sem o necessário apoio dos serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 2017).

Assim, a partir dessa reflexão, é possível criar, junto com o adolescente, o melhor caminho a seguir (BRASIL, 2017). É necessário que as impressões sobre o adolescente não interfiram nas práticas de cuidado, tentando justificar a pouca orientação com a falta de interesse deles. É preciso enxergar a maneira que se colocam no mundo e procurar entender as mudanças dessa fase, direcionando o cuidado às necessidades do grupo a fim de estabelecer vínculo entre profissional e adolescente.

Os adultos precisam ter empatia pelos seus adolescentes, visto que já conhecem a maioria das dúvidas, medos e anseios, por já terem passado por essa fase. Além disso, quando se trata dos profissionais da saúde, é necessário que não se encare a adolescência como “a pior parte da vida”, mas sim como algo natural, e que se faça educação em saúde, de forma que estimule o desenvolvimento saudável (CONSTANTINO, 2010).

A visão das ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar

Esta subcategoria aborda a visão sobre o adolescente frente ao planejamento familiar. Para isso, dividiu-se em três aspectos: a primeira trata da falta de preparo dos adolescentes para o planejamento familiar, a falta de interesse de falar sobre o assunto e a pouca abordagem do tema pelos familiares. A segunda discute outra visão do planejamento familiar que é muito mais do que só preparar famílias para terem ou não filhos. E a última traz a questão do gênero e o que isso influencia no planejamento familiar.

Abordagem de um tema para um público despreparado

As ACS relatam que adolescentes, além de não terem entendimento sobre o planejamento familiar, estão despreparados para discutir o assunto, considerando que a prioridade, para o grupo, é desenvolver autonomia e as práticas relacionadas à sexualidade sem se preocuparem com a prevenção.

ACS10: “Eles não têm muito entendimento, porque o adolescente tem cabeça furada, então para ele tanto faz o sexo. (...) Trabalhar diretamente com eles para ver qual o entendimento, porque eu vejo que eles não têm entendimento, são cabeça louca... Saiu, namorou, ficou... Eles não veem o sentido da prevenção da doença. Se está afim, faz sexo e tanto faz. Eles não têm, eu acredito, ou não querem ter o entendimento do planejamento familiar”.

ACS10: “Um público que está despreparado, eles acham que sabem tudo, acho que eles estão despreparados para o futuro. É um público que não sabe agir com planejamento familiar, eles fazem o que eles acham que está certo”.

Essa visão sobre a adolescência, como uma fase de irresponsabilidade, não é somente das ACS. Outra pesquisa, também, apresenta aspectos relacionados à falta de responsabilidade (FILHA; CASTANHA, 2014). A adolescência é uma fase de eclosão hormonal e maturação sexual, é nela que acontece a busca da identidade, a tendência grupal, as variações de humor, a separação progressiva dos pais e a evolução sexual. Essas vivências, porém, podem levar à vulnerabilidade (CONSTANTINO, 2010), fato evidenciado nas falas das agentes.

De acordo com Borges *et al* (2016) e Malta *et al* (2011), adolescentes têm iniciado suas vidas sexuais cada vez mais cedo, e isso traz um risco elevado, tanto para gestações não planejadas, quanto para as infecções sexualmente transmissíveis, pois, nessa fase, eles, geralmente, não procuram orientação prévia e não falam de suas dúvidas com pessoas adultas ou profissionais da saúde. “Ser cabeça louca e achar que sabem tudo”, conforme relato das participantes, é algo que merece ser problematizado com os adolescentes, a fim de alertar sobre as práticas e condutas que vão de encontro à prevenção de doenças.

Mesmo diante da impulsividade que caracteriza o grupo, estudo realizado com 74.589 adolescentes de diferentes capitais do Brasil, observou que os adolescentes tendem a usar algum tipo de contracepção na primeira relação sexual. Os autores alertam que o perigo surge quando eles começam a ter um relacionamento mais duradouro, sendo menos vigilantes quanto ao uso de métodos contraceptivos (BORGES *et al.*, 2016).

A visão dos adultos de que os adolescentes são instáveis, não escutam e não se interessam acaba dificultando a aproximação, podendo, assim, comprometer o acesso do grupo ao serviço.

Outras facetas do planejamento familiar

Neste tópico, algumas das falas das ACS, aparentemente, têm uma visão equivocada do planejamento familiar por considerar adequado, apenas, a quem deseja ter filhos. Por outro lado, é evidente uma visão mais ampla do tema, ao relatarem a necessidade de abordarem outras questões que estejam ligados ao público adolescente, desvinculando o planejamento familiar apenas de concepção e contracepção.

ACS5: “Acho que o nome em si, ele não abrange todas as categorias, por que esse nome abrangeria uma família já constituída. Família, seja convencional ou não, é planejamento familiar, família constituída mesmo. Os adolescentes não constituíram a família deles ainda, eles estão pipocando”.

ACS5: “Seria um planejamento, mas não familiar, por que muitas engravidam e não se tornam famílias. O menininho e a menininha não ficam juntos”.

ACS8: “A orientação [educação] sexual vai além das doenças, é uma questão de orientar respeito como um todo, conhecer seu corpo, respeitar o outro (...) Então, acho que não tem que trabalhar só as doenças, tem que trabalhar todo o cuidado consigo mesmo”.

ACS4: “Até mesmo porque eles se batem, se agredem, a violência está exposta também, não só a sexualidade. Tu vê meninos agredindo as meninas e elas também agredindo os meninos, então, assim, o assunto é bem complexo, o planejamento familiar abrange muita coisa”.

Nas falas das ACS, é evidente que elas julgam necessária a abordagem de outras questões no planejamento familiar, além da concepção e contracepção, como, por exemplo, a prevenção de doenças, o autoconhecimento do corpo, a promoção da paz e o respeito às diferenças.

Como já se sabe, o planejamento familiar surgiu para o controle de natalidade, auxiliando, assim, no desenvolvimento socioeconômico do país. Assim, a contracepção e a responsabilidade feminina sempre foram o foco, porém a perspectiva do desenvolvimento familiar, hoje, é outro. O planejamento familiar deve ser adequado a cada tipo de unidade familiar, avaliando crenças, valores e tradições. Deve ser conduzido, passo a passo, para

que se torne um processo ativo para os usuários (SANTOS; FREITAS, 2011), principalmente, para o público adolescente, com uma abordagem diferenciada.

Nesse aspecto, foi muito comentado, nas entrevistas, que o planejamento familiar deve ser algo ampliado para os adolescentes, pois eles não estão na idade de planejar uma família. Embora a constituição de uma família não deva ser prioridade para os adolescentes, é importante que se discuta sobre a anticoncepção e os diferentes tipos de métodos contraceptivos, pois, além de evitarem a gravidez, evitam, também, infecções sexualmente transmissíveis.

É preciso aproveitar todas as oportunidades de encontro com os adolescentes para trabalhar o projeto de vida, levando em consideração diferentes aspectos e conteúdo. O planejamento familiar é um dos temas que pode ser abordado, fazendo-os repensar sobre as responsabilidades que envolvem o ser pai e mãe. A violência é outro assunto que merece destaque, conforme mencionado, pois se sabe que, atualmente, a população enfrenta uma epidemia de violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes, bullying, suicídio. Valorizar o respeito às diferenças e promover a cultura da paz são ações que impactam, positivamente, no contexto de saúde desse grupo etário.

Influência do gênero no contexto do planejamento familiar

Neste item, aborda-se a influência do gênero e as diferenças de comportamento entre adolescentes conforme o relato das ACS. Elas mencionam que as meninas se preocupam mais que os meninos em relação ao uso de métodos contraceptivos.

ACS10: “Acho que os meninos para esse tipo de coisa não são nem esses da risadinha, eles apenas saem da sala. Se o assunto for sexualidade ou prevenção, o assunto não flui, as meninas ficam mais inibidas, mas lá no fundo elas ainda tentam colher algumas coisas”.

ACS5: “Se o menino não quer usar preservativo, elas não usam, isso é um grande problema... ‘ah, o gurizinho é bonzinho, bom de família’, mas não adianta, infelizmente as meninas ainda se submetem a isso”.

Os discursos permitem uma reflexão acerca das diferentes visões sobre ambos os sexos, muito influenciada pela questão cultural que permeia a sociedade. Há um entendimento que adolescentes, frequentemente, se expõem a situações de risco de maneiras distintas, tal como evidenciado nas falas.

Quando as agentes mencionam que as meninas se interessam mais no assunto, ou que abrem mão do uso do preservativo quando eles solicitam, observa-se a influência cultural da sociedade no pensamento comum. A literatura apresenta uma diferença entre meninos e meninas no que se refere ao despertar da sexualidade. Para elas, a primeira relação sexual está ligada ao afeto, já, para os meninos, representa a afirmação da sua

sexualidade (TAQUETTE, 2009). Estudo evidenciou que a primeira relação sexual das meninas foi devido à pressão do parceiro; essas se mostraram arrependidas acerca da iniciação sexual e referiram que as mulheres se submetem às exigências do parceiro pela cultura de opressão (MOURA *et al.*, 2011), conforme observada a pesquisa em tela.

Com esse pensamento, as meninas acabam não exigindo o uso de preservativo na relação sexual, por julgarem conhecer o parceiro, usarem algum anticoncepcional, ou, até mesmo, pela submissão aos desmandos do companheiro, com isso, se expõem ao risco de contraírem infecções sexualmente transmissíveis. Elas pensam no amor romantizado, que, a partir das decisões tomadas pelo parceiro e/ou em conjunto, pode ser construído um relacionamento duradouro e estável (TAQUETTE, 2009).

Já os meninos iniciam suas vidas sexuais muito mais cedo, seja por estímulo da mídia, seja por pressão grupal, e tem mais parceiras sexuais (MALTA, *et al.*, 2011). No Brasil, isso ocorre pela valorização da masculinidade, sendo considerado “homem” a partir do momento que inicia sua vida sexual (GONÇALVES *et al.*, 2015; JUNIOR *et al.*, 2009).

Por outro lado, essa pressão da sociedade pode desencadear o medo de não corresponder às expectativas como “homem”, tendo a necessidade de provarem, para si mesmos, através da relação sexual, que são “homens de verdade” (REBELLO; GOMES, 2009). Esse meio cultural e social dificulta a conversa sobre a sexualidade, pois, mesmo que tenham dúvidas, eles não perguntam por vergonha ou por medo de que seja uma manifestação de fraqueza.

Essas diferenças de comportamento entre os gêneros podem gerar certa insegurança, por parte dos profissionais da saúde para conseguir adequar o cuidado de forma integral. Porém, é de extrema importância que os profissionais da saúde considerem o gênero no momento da conversa, pois os sentimentos, preocupações e comportamentos acerca da sexualidade, nessa fase, são diferentes entre meninos e meninas (COUTINHO; MOLEIRO, 2017).

Ferramentas de trabalho que facilitam e dificultam a realização planejamento familiar com os adolescentes

Existem alguns fatores que influenciam, diretamente, no trabalho das ACS em relação ao planejamento familiar. Desses fatores, destacam-se a relação com a família, o uso de mídias portáteis, as estratégias educativas e o próprio trabalho na comunidade.

A Família:

Quanto à família, observam-se os prós e contras do envolvimento da família nas questões que envolvem o debate sobre a sexualidade e sobre o planejamento familiar.

ACS5: “Mesmo que a gente faça a orientação, não adianta, quando é da cabeça deles, até as mães acobertam.”

ACS4: “Ou então a mãe deixa aquele tabu: ‘não posso ficar falando de sexo, senão vou estar incentivando a pensar nisso’.”

ACS 10: “Na família existe tabu, a mãe não fala, o cuidador não fala para aquele adolescente sobre os cuidados...”

Nesses comentários, observa-se a visão negativa que as ACS têm sobre o envolvimento da família com o assunto em pauta. Se, por um lado, elas orientam os adolescentes, por outro, as mães preferem não conversar sobre sexualidade em casa.

Nesse sentido, alguns autores apregoam que a família tem a intenção de proteger os adolescentes, negando a fala sobre a educação sexual, pois acreditam que problematizar o assunto influencia a prática sexual precocemente (QUEIROZ; VASCONCELOS; ALCÂNTARA, 2017)

Outras vezes, também, há vergonha por parte dos pais que cortam o assunto sem dar voz ao adolescente (ARAGÃO *et al.*, 2018). Isso pode ocorrer por causa da mudança de fase dos filhos, que, antes, eram crianças e, agora, são adolescentes cheios de dúvidas e, assim como eles estão se transformando e não sabem lidar com os problemas que surgem, os pais também estão em fase de mudança sobre o modo de criarem seus filhos.

As agentes, também, relatam a necessidade de vínculo entre adolescente e família, reforçando o papel do serviço de saúde quando não existe o diálogo no domicílio.

ACS7: “Eles não têm liberdade para sentar e conversar com os pais e perguntar, então as vezes é mais fácil vir numa consulta de enfermagem e tirar todas as dúvidas”.

ACS7: “Se vê que não houve planejamento, quem sabe se tivesse sentado com a filha e tivesse entrado no assunto a fundo, teria sido diferente”.

As falas das ACS mostram a preocupação delas ligada à falta de relacionamento dos adolescentes com seus pais, pois, muitos deles, não conseguem abordar o tema em casa, seja por vergonha, medo, seja, até mesmo, por ser um assunto que nunca foi tratado com naturalidade. Na adolescência, há um afastamento da família e isso pode acontecer, justamente, pela falta de conversa e pela compreensão entre pais e filhos.

Por parte dos adolescentes, a literatura apresenta que eles não conseguem tirar dúvidas com os pais, seja porque a família não problematiza o assunto ou porque os pais não estão disponíveis para conversa na hora em que querem conversar (ARAGÃO *et al.*, 2018). A primeira dificuldade pode estar relacionada com os pais que não conseguem manter uma relação de confiança com os filhos, visto que estes estão numa fase de questionamentos e de busca de autonomia. Já a segunda se deve à falta de tempo, comum a quase todas as famílias que têm horários de trabalho para cumprir, entre outros compromissos do dia a dia (BERLESE *et al.*, 2016).

Os filhos acabam tendo muitas dúvidas, mas sem coragem de perguntar para os pais, pelo medo de desavença, vergonha, ou, até mesmo, pelo fato de não terem o hábito da conversa, preferem buscar respostas entre amigos e internet (ZANETTINI; SOUZA; FINGER, 2017), o que aumenta a sua vulnerabilidade.

Por outro lado, existem as famílias que apoiam seus adolescentes, que realmente se importam com essa fase da vida onde há muitas descobertas, tal como relatado pelas participantes.

ACS10: “E os adolescentes hoje, o que vejo muito, é que as mães já estão trazendo as meninas para tomar o anticoncepcional oral ou injetável para prevenir uma gravidez, mas não tem aquela função da orientação, por que quando eu falo, eu tenho uma adolescente grávida, e você pergunta se foi planejado, elas dizem que sim, mas sabemos que não foi...”

ACS8: “A sexualidade na adolescência é muito cultural porque por mais que tenham uma orientação de nós, se não tiver uma boa base familiar, com exemplos, uma conversa aberta eu acredito que não adianta muito, eles não respondem a isso. Eles fazem o que eles querem, conforme a base familiar que eles têm”.

ACS4: “As mães dos adolescentes sabiam tudo que era falado no grupo, falava na visita. Os que vinham era porque as mães aceitavam, achavam legal”.

As famílias que têm diálogo frequente e funcional entre pais e filhos resultam em um comportamento sexual seguro, aumentando o conhecimento sobre métodos contraceptivos, o que leva a um uso adequado, e evitando gestações indesejadas (GRACIANO *et al.*, 2014). É necessário que as famílias conversem, compreendam seus adolescentes, mas, principalmente, eduquem. A família deve ser a rede de apoio mais importante e efetiva e deve trabalhar como uma equipe, o que for para benefício de um será benefício de todos.

A Mídia:

A mídia foi citada como uma das ferramentas que mais facilita o trabalho das ACS. Todavia, ao mesmo tempo em que existe um universo de informações relevantes, verdadeiras e úteis, existem, também, muitas informações falsas, com conteúdo inapropriado para adolescentes.

ACS5: “A informação está ali: está na TV, está no rádio, está na internet. Com relação a sexo, sabem muita coisa sobre sexo. Hoje em dia eles passam *videozinhos* um para o outro com uma cena completa (...) sabem do sexo, mas não sabem se proteger”.

ACS7: “A gente diz para terem cuidado, não se exporem nas redes sociais, cuidarem os amigos, para se preservarem mais e se valorizarem mais, terem mais cuidado”.

ACS4: “Uma coisa que ajuda muito é a internet, eu já recebi mensagem de uma menina: “desculpa te incomodar, mas eu acho que estou grávida, mas não fala para ninguém, me ajuda...” (...) Mas tudo era por mensagem, se ela me via ficava com vergonha”.

ACS10: “Hoje em dia tu não precisa ir lá falar, está aberto, está explícito, na escola, na televisão, na internet, mesmo assim eu acho que é um público que não sabe agir com planejamento familiar”.

Nas falas, percebe-se que há duas visões sobre a mídia. O lado positivo é que as redes sociais ajudam os adolescentes a se expressarem e a falarem sobre suas dúvidas, sem vergonha. O uso da internet facilita a busca por respostas, bem como a comunicação com as agentes, assim como relatado pela ACS. O lado negativo retrata os perigos do mau uso dessa ferramenta, tal como a obtenção de informações falsas. Destacam que a mídia é perigosa, considerando que pode manipular a cabeça dos jovens, fazendo com que se exponham muito e se protejam pouco.

É necessário que se conduzam as melhores fontes para buscar orientação, visto que a internet é alvo de grande quantidade de *fake news*, podendo confundir, ou até mesmo, contradizer conhecimentos previamente adquiridos em lugares confiáveis. Por outro lado, se a informação for obtida de sites científicos e/ou confiáveis, torna-se uma excelente ferramenta para aprendizagem.

Outra mídia citada foram os *chats* utilizados pelos ACS, como forma de obter aproximação dos adolescentes, através de mensagens; sem precisar encarar face a face, esses jovens sentem-se mais motivados para sanar dúvidas. Segundo Aragão (2018), as mídias estão à disposição a qualquer momento, facilitando a busca por respostas imediatas diante de suas necessidades.

Portanto, observa-se, conforme relato, que os *chats* podem servir como ferramenta para estreitar vínculo entre ACS e adolescente, facilitando a comunicação e a resolução de problemas.

As Estratégias:

As estratégias citadas pelas ACS, voltadas ao planejamento familiar, consistem no uso de dinâmicas interativas, bem como na projeção de futuro pelo adolescente, permitindo vivenciar de modo fictício o ser pai e ser mãe.

ACS1: “(...) Para nós o teatro foi uma coisa muito boa de trabalhar com adolescentes, por que conseguimos chamar a atenção deles (...)”. “Jovens gostam muito de dinâmica, de jogos, tem que ser coisas atrativas que chamassem a atenção”.

ACS5: “Acho que sempre quando se fala em grupo, como se fosse uma palestra na escola, por mais na brincadeira que eles levem, estão todos juntos no mesmo barco, às vezes a pergunta de um vai instruir todos os outros”. “Legal mesmo seria criar um *blog*, uma página, algo com várias matérias sobre a sexualidade, só voltado para o adolescente, só suprimindo as dúvidas deles”.

ACS10: “Eu acho que tinha que trabalhar muito esse tema nas escolas, porque é o centro deles, seja particular ou pública, mostrando a realidade”.

Observa-se que as agentes compreendem a necessidade de uma abordagem diferenciada a este público, tal como a criação de *blog*, teatro etc. É preciso usar estratégias que chamem a atenção dos adolescentes, falar a mesma linguagem a fim de atrair o interesse. As atividades integrativas na escola são de grande importância, pois torna a escola um lugar mais atraente, favorecendo a frequência e o interesse dos adolescentes, tanto pelo ensino quanto por temáticas que necessitam ser abordadas com o grupo. Assim como o teatro, as dinâmicas e os jogos, outra maneira de chamar a atenção dos jovens é através da música, um meio de comunicação que desperta sentimentos e sensações que levam à reflexão. (ZANETTINI; SOUZA; FINGER, 2017)

Muitas vezes, os profissionais da Estratégia em Saúde da Família pensam que a promoção de saúde para adolescentes é ineficaz, comprometendo a saúde e a utilização do serviço por eles (SANTOS *et al.*, 2012). Com a implementação do Programa Saúde na Escola, houve um grande avanço nesse atendimento. O programa traz uma assistência de qualidade, com trabalho interdisciplinar e ações educativas que envolvem os adolescentes de uma forma mais informal.

Os ACS participam, ativamente, do Programa Saúde na Escola, juntamente com a equipe, fato esse que aproxima os adolescentes. O ACS é o trabalhador que possui maior conhecimento sobre as situações de vida desse público, pois atua no mesmo local em que mora. A relação de confiança e a construção de vínculo é um importante caminho a ser seguido, pois facilita o cuidado e melhora a adesão quanto às orientações recebidas dos ACS. Ainda assim, há um estudo que mostra que os ACS se sentem despreparados para desenvolver atividades junto a essa população (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013).

Atividades mais realísticas, citadas pelas ACS, também, consistem em estratégias utilizadas no planejamento familiar.

ACS8: “Fazer eles vivenciarem de alguma maneira uma suposta gravidez inesperada e sentir de alguma maneira em si como é encarar uma gestação não programada”.

ACS10: “Mas eu acho que tinha que achar um jeito de mostrar pra eles o porquê da prevenção, os prós e os contras, qual a importância do planejamento familiar e futuramente na vida de cada um, tanto homem quanto mulher”.

Com o intuito de verificar as estratégias que mais funcionam com os adolescentes para prevenção de situações de risco, um estudo trouxe a utilização de vídeos/música, atividades esportivas, dinâmicas de grupo e teatro; este último foi muito citado pelas ACS, afirmando que é uma ferramenta eficaz para os adolescentes projetarem o futuro e visualizarem as consequências de suas ações. As estratégias embasadas no modelo de

vida entre os adolescentes são eficientes para a prevenção de situações de risco (NADALETI *et al.*, 2018).

Trabalhar com ferramentas e dinâmicas que envolvam os jovens é uma ação prioritária para a diminuição de fatores de risco e para a promoção de fatores de proteção. Essas atividades, também, capacitam e empoderam os adolescentes para que estejam preparados para enfrentarem, com autonomia, outras situações que ocorrerão no processo de adolecer (NADALETI *et al.*, 2018).

O Trabalho da ACS:

As agentes comunitárias de saúde são profissionais que possuem bastante contato com as famílias na comunidade, geralmente, acompanham o indivíduo desde o seu nascimento, infância e adolescência. Tal fato pode facilitar a abordagem sobre o planejamento familiar.

ACS10: “Dentro do trabalho já é automático perguntar sobre isso [planejamento familiar]. Vemos uma mãe que conhecemos e conhecemos também a adolescente, sabemos como ela é na rua, na escola, então sabemos como abordar qualquer pessoa da família que tenhamos um relacionamento. (...) Então essa orientação é o olhar, o nosso olhar dentro do domicílio da família que faz a diferença(...)”.

Os ACS são fundamentais para o estreitamento das relações entre equipe e comunidade. Eles estabelecem diálogos, desenvolvem relações de afeto, problematizam as situações e constroem de forma compartilhada o conhecimento, permitindo a livre expressão e a valorização dos sujeitos na sua realidade (GOMES-MACIAZEKI *et al.*, 2016).

Conhecer as famílias é relevante para as ACS, pois se sabe que as crenças familiares, muitas vezes, são passadas de geração em geração. Assim, por residirem no mesmo bairro, muitas vezes, conhecem tais crenças, facilitando a problematização sobre os benefícios e malefícios de tais práticas.

Por outro lado, esse contato e conhecimento sobre as famílias, muitas vezes, interfere no vínculo com os adolescentes, pois julgam que tudo que eles falarem para as ACS será transmitido a seus pais. Outro fator que interfere, na abordagem do planejamento familiar, são as visitas dentro da casa das famílias, dificultando uma conversa individual com os adolescentes.

ACS10: “A fala com os adolescentes no domicílio é complicado, por que sentamos ali, olhamos, queremos falar sobre o assunto, mas já te cortam ou na frente da mãe ou do pai eles ficam mais inibidos (...) então eu digo que santo de casa não faz milagre porque nós já somos da área (...)”.

ACS5: “A gente consegue acessar aquele adolescente? Sim, mas dificilmente aquele adolescente ou aquela adolescente que de repente já está começando a sua vida sexual, ou

pensando em começar a sua vida sexual vai perguntar qualquer dúvida para nós na visita da família”.

Tais dificuldades relatadas precisam ser discutidas na equipe a fim de evitar o afastamento dos adolescentes da unidade. Nos encontros que ocorrem na escola, para a realização de ações em saúde, os profissionais devem fortalecer a questão do sigilo profissional, fazendo com o que os adolescentes sintam confiança em procurar o serviço de saúde.

O sigilo profissional independe da idade, desde que não haja risco de vida ou outros riscos relevantes a terceiros. Quando a quebra do sigilo for indispensável, a equipe deve conversar com o adolescente, explicando o porquê e apresentando o benefício real e não como forma de “livrar-se do problema”, mas na tentativa de fazer com que o próprio sujeito revele a situação. (BRASIL, 2007).

As visitas domiciliares, para usuários que não estão listados como prioridades, são visitados apenas uma vez no mês. Esse tempo, sem a visita, pode ser o período que o adolescente precisava de alguma orientação, por isso, é muito importante que toda a equipe sempre deixe explícito que a Unidade pode ser acessada por todos na hora que necessitarem (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Considerações finais

Na busca em conhecer os saberes e a percepção das ACS sobre o planejamento familiar, percebeu-se que as entrevistadas visualizam o grupo de adolescentes influenciadas pelas questões culturais que permeiam a sociedade, ou seja de que adolescente é irresponsável e imaturo, e não se interessaria pelos assuntos.

Algumas têm uma visão tradicional, com destaque para a concepção e contracepção como foco; já outras, trouxeram uma nova visão do planejamento familiar, compreendendo os adolescentes e problematizando questões da idade, como, por exemplo, o autocuidado, o conhecimento do próprio corpo e suas mudanças, a valorização da vida e o respeito às diferenças.

Percebeu-se que há uma dificuldade em conversarem com os adolescentes do sexo masculino, fato esse que marca questões de gênero no tema em pauta. As ACS relataram que meninos não discutem o assunto naturalmente e, quando são questionados, ficam envergonhados ou não querem falar sobre o assunto. Já as meninas se preocupam mais em tirar as dúvidas com as ACS, porém isso não diminui o fato de elas não se preocuparem com o uso de preservativo, muitas vezes, por pressão do parceiro. Destaca-se a importância de capacitações que abordem as questões de gênero e sexualidade na adolescência para melhorar a comunicação entre ACS e público adolescente.

Para melhor adesão do planejamento familiar entre os adolescentes, foram destacadas algumas ferramentas que facilitam e/ou dificultam essa abordagem. A família foi a que mais teve prós e contras, pois, ao mesmo tempo em que protege os filhos, o diálogo sobre sexualidade é limitado. Segundo as ACS, algumas famílias se preocupam, apenas, com o uso do anticoncepcional para as meninas, sendo um fator de risco para as infecções; outras nem problematizam essas questões, por acharem que isso será uma influência para iniciar as relações sexuais precocemente, ou pela vergonha de conversarem sobre esse assunto com seus filhos. Por outro lado, há aquelas que tentam exercer um diálogo informativo.

Outra ferramenta muito utilizada para buscar respostas sobre planejamento familiar foi a mídia e a internet, pois os *chats* facilitam a comunicação entre os jovens e as ACS, por não precisarem encarar seus medos e vergonhas face a face. A mídia, também, possui muitas informações que podem ser alcançadas a qualquer momento, porém existe o perigo de esses adolescentes acessarem informações não coerentes com a realidade. É importante conduzir esse público para as fontes mais confiáveis, na internet, para que possam sanar suas dúvidas. Ainda foi destacado o teatro, a criação de *blogs* e as dinâmicas interativas, permitindo que visualizem seu futuro de acordo com suas escolhas.

Foram observadas as dualidades de trabalhar e morar no mesmo bairro. O lado negativo é que, às vezes, o vínculo é prejudicado, pois as adolescentes acreditam que haverá quebra de sigilo com a sua família. Por outro lado, conhecer as famílias facilita a abordagem ampliada e o olhar dentro do contexto do domicílio.

O estudo mostrou relevância para a saúde, pois possibilitou a problematização de questões que, muitas vezes, não são abordadas na unidade por falta de tempo. É importante conhecer a visão acerca da adolescência, pelas entrevistadas, tendo em vista que as dificuldades relatadas podem ser problematizadas na equipe a fim de fortalecer as estratégias de cuidado.

Assim, a capacitação sobre o tema evita que as percepções do senso comum sobre esta faixa etária interfiram nas práticas de cuidado ao grupo, fato que vai de encontro aos princípios do SUS. Embora o objetivo da pesquisa tenha sido alcançado, os resultados constituem uma análise de um grupo específico, necessitando que outras pesquisas sejam realizadas, ampliando para outras unidades básicas e outras categorias profissionais.

Espera-se que essa pesquisa possa orientar a atuação profissional sobre o planejamento familiar com os adolescentes para que, além de serem mais bem compreendidos, acerca de sua fase de transformação, a abordagem desse tema também seja realizada com foco nas vivências desse público.

Referências

- ARAGÃO, *et al.* O uso do *facebook* na aprendizagem em saúde: percepções dos adolescentes escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 17, n. 2. Brasília, mar-abr, 2018.
- ALBUQUERQUE-SOUZA, A. X.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*, v. 24 n. 3, p. 588-596, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERLESE, D.B.; BERLESE, D.B.; Ambiente social, mídia e obesidade na adolescência: proposta de reflexão. *Adolescência e Saúde*, v.13, supl. 1, p. 118-125, 2016.
- BORGES, A. L. V.; *et al.* ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Revista Saúde Pública*, v. 50, supl. 1, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2007.
- BRASIL, E.G.M.; AMORIM, D.U.; QUEIROZ, M.V.O. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. *Adolescência e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 28-35, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CONSTANTINO, C.F. Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 347-361, 2010.
- COUTINHO, R.; MOLEIRO, P. Aconselhamento sexual e contraceptivo aos adolescentes: a importância do gênero. *Adolescência e Saúde*, v.14, n.1, p. 112-118, jan-mar, 2017.
- CRUZ, L.Z.; *et al.* Conhecimento dos adolescentes sobre contracepção e infecções sexualmente transmissíveis. *Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 7-18, 2018.
- FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J.L. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em município do Estado de São Paulo. *Journal of Human Growth and Development*, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2012.
- FILHA, V. L. M. S.; CASTANHA, A. R. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. spe., p. 79-88, 2014.
- GOMES-MACIAZEKI, R.C.; *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.21, n.5, p. 1637-1646, 2016.
- GONÇALVES, H.; *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.18, n.1, p. 1-18, jan-mar, 2015.
- GRACIANO, M.M. de C.; *et al.* Saúde reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. *Adolescência e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 87-95, jul-set, 2014.

JUNIOR, J.C.F.; *et al.* Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 25, n. 4, 2009.

KEBIAN L.V.A.; ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.16, n.1, p. 169-169, jan-mar, 2014.

MALTA, D.C.; *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.14, supl. 1, 2011.

MOURA, E.R.F.; *et al.* Prática anticoncepcional e aspectos sexuais e reprodutivos de acadêmicos de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.15, n.2, p. 225-232, abr-jun, 2011.

NADALETI, N.P.; *et al.* Habilidades de vida: estratégia de prevenção do uso de substâncias psicoativas entre adolescentes. *Adolescência e Saúde*, v.15, n.3, p. 36-43, 2018.

PEREIRA, S.M.; TAQUETTE, S.R. Conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis entre alunas do ensino médio de três escolas com diferentes perfis. *Adolescência e Saúde*, v. 13, supl. 2, p. 9-17, 2016.

QUEIROZ, M.V.O.; VASCONCELOS, M.M; ALCÂNTARA, C.M. Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. *Revista de Enfermagem UFSM*, v.7, n.4, p. 615-628, out./dez, 2017.

REBELLO, L.E.F.D.S.; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.

RIBAS, J.M.M. Consejería em anticoncepcion para adolescentes y jovenes. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 2016.

SANCHES, M.A.; SIMAO-SILVA, D.P. Planejamento familiar: do que estamos falando? *Revista Bioética*. v. 24, n. 1, p.73-82, 2016.

SANTOS, K.A.; *et al.* Teenage pregnancy contextualized understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 655-664, Rio de Janeiro, abril de 2012.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p. 1813-1820, 2011.

TAQUETTE, S.R. Violência entre namorados na adolescência. *Adolescência e Saúde*, vol. 6, n. 2, p. 6-12, abr/jun, 2009.

TIBA, I. Adolescente: quem ama, educa! São Paulo: Integrare, 2005.

TRAD, L.A.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

ZANETTINI, A.; SOUZA, J.B.; FINGER, D. A música contribui para o desenvolvimento saudável da adolescência? Percepção do familiar. *Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro*, v.7, n.1994, 2017

A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O SABER-FAZER A PARTIR DO OLHAR DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Daiane Grillo Martins

Alan Goularte Knuth

Introdução

As diversas reformas e, fundamentalmente, as tensões, contradições e pressões sociais, no âmbito da saúde pública, em nível nacional, ocasionaram a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), através da regulamentação de Lei 8.080, de 1990, após garantia do tema saúde como direito constitucional em 1988. Na organização do SUS, a Atenção Básica (AB) é considerada a principal porta de entrada do sistema e comunicação da rede de atenção à saúde, caracterizando-se pelo “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017).

Nesse contexto de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, as equipes multiprofissionais, imersas nas comunidades, tratam do cuidado, da promoção e da prevenção da saúde, voltadas às complexidades das estruturas familiares. É considerando tal complexidade que, mediante a Portaria GM nº 154, de janeiro de 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)¹⁸, com a finalidade de apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁹. Em alguns locais, permanece, ainda, o modelo de saúde tradicional, no âmbito da AB, ainda que a tendência seja de deslocamento deste modelo para a ESF. A presente pesquisa foi concluída antes da publicação do Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que induziu a mudanças na estrutura e no financiamento na atenção básica, incluindo as equipes NASF, portanto seus efeitos não foram absorvidos no tempo desta investigação.

¹⁸ “Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e pelas equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF” (BRASIL, 2009a, p. 7).

¹⁹ “Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2017).

Considerando as necessidades locorregionais que configuram as equipes de saúde, conforme as suas peculiaridades nos NASFs, a Educação Física (EF) foi efetivada enquanto uma das áreas profissionais da saúde que contempla a AB. Entretanto, antes disso, as práticas corporais/atividades físicas já apareciam nas regências do SUS, por meio da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), legislada através da Portaria nº 687 MS/GM, de março de 2006, atualizada dez anos mais tarde (BRASIL, 2006; 2010).

Ampliando as possibilidades da disponibilidade de trabalhadores da EF na AB, em novembro de 2009, é lançada a Portaria Interministerial nº 1.077, que “institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde” (BRASIL, 2009b). E em 2011, através da Portaria nº 719, o Ministério da Saúde institui o Programa de Academias de Saúde, como mais uma possibilidade de ação da EF no SUS (BRASIL, 2011). Obviamente, não são estratégias isoladas de EF, todavia, aqui, as representamos com o olhar de quem focou a investigação especificamente este núcleo profissional.

A EF que nasceu na sociedade brasileira pelo discurso da promoção da saúde, por meio da aptidão física, teve sua matriz histórica, em princípio, direcionada ao contexto escolar. Com o advento das políticas públicas de saúde, esta passa a ocupar outros dispositivos do contexto de saúde e, mais especificamente, no que foca esse trabalho: as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs).

Considerando a EF imersa nas UBSFs enquanto formato recente de saúde pública, há a percepção de que a visão dos usuários é aspecto essencial à organização do trabalho e à elaboração de estratégias que visam a qualidade da AB, além de ferramenta de participação social. Portanto, o objetivo deste trabalho é investigar como os usuários de uma UBSF percebem a Educação Física no contexto da Atenção Básica do SUS, tendo em vista que o olhar dos usuários aponta direcionamentos fundamentais ao saber-fazer da Educação Física nas UBSFs.

A UBSF, para a qual foi voltada essa pesquisa, fica situada no bairro São Miguel, região periférica do município do Rio Grande/ RS, área populosa e considerada de vulnerabilidade social. No cenário desta UBSF, denominada São Miguel I, no período da pesquisa, encontravam-se trabalhadores da EF atuantes no NASF²⁰, Projeto Vida Ativa nas Comunidades²¹ e Residência Multiprofissional em Saúde da Família²².

²⁰ O NASF foi instaurado na cidade do Rio Grande, através da Lei municipal nº 7.070, de 20 de julho de 2011. As equipes dos NASFs, nesse município, são compostas por profissionais das áreas do Serviço Social, Educação Física, Psicologia, Fisioterapia e Nutrição (RIO GRANDE, 2011).

²¹ O Projeto Vida Ativa, nas Comunidades, acontece, nas ESFs do município, desde o ano de 2007, visando à prevenção de agravos e à promoção de saúde para o público portador de doenças crônicas (hipertensão, obesidade e diabetes).

²² A FURG, em parceria com a Secretaria de Município da Saúde (SMS), conta com Programas de Residências Multiprofissionais, desde o ano de 2010, entre as áreas da Educação Física, Enfermagem e Psicologia. A UBSF São Miguel I é uma das duas EFs contempladas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Metodologia

Esta pesquisa, que tem um grupo social específico como objeto de estudo, se fundamenta na metodologia qualitativa, a partir da análise de conteúdo. Tal método trata do “conjunto de estratégias cujo objetivo é a busca dos sentidos contidos sob documentos, material coletado através de entrevistas, ou nota de observação tomadas em diários de campo” (CAMPOS; TURATO, 2009, p. 2). Conforme os autores, a análise de conteúdo trata-se de um exercício interpretativo dos dados que estão para além de resultados descritos. Assim, “se por um lado, os dados são mudos e inertes, por outro lado é o cientista que lhes dará voz” (p. 3).

Dentre as técnicas da análise de conteúdo, este estudo utiliza as entrevistas como instrumento. Para Minayo (2004), as informações que dizem respeito às atitudes, às opiniões e aos valores considerados subjetivos são passíveis de ser adquiridas pela colaboração dos atores envolvidos, ou seja, pelas mensagens obtidas nas entrevistas.

A partir dessas considerações, privilegiando usuários da UBSF São Miguel I²³, que tiveram acesso ao trabalho do núcleo de EF, entrevistamos sujeitos que acessaram os seguintes atores²⁴:

- ✓ Trabalhador de EF, residente do programa de RMSF, ingresso no ano de 2012.
- ✓ Trabalhadora de EF, residente no programa de RMSF, ingressa no ano de 2013²⁵.
- ✓ Trabalhadora de EF do NASF.
- ✓ Trabalhadora de EF do Projeto Vida Ativa nas Comunidades.

Algumas questões foram norteadoras ao contexto dessa investigação: como e por que o usuário chegou até o trabalhador de EF? O que o usuário entende por EF? O que o usuário percebe como atribuição da EF na AB? Qual a sua percepção sobre a EF antes de ter acesso a essa área? E depois do acesso? A atenção que recebeu da EF foi relevante de alguma forma? E, sobretudo, para quais direcionamentos o olhar dos usuários nos conduzem no que tange ao saber-fazer da EF na AB?

Seguindo essas questões norteadoras, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada. Considerando as demandas da UBSF em questão, que são destinadas também à EF, classificamos, para fins de estudo, dois tipos de demandas que se constituem no campo da AB: a Demanda Espontânea (DE) e a Demanda Programada (DP).

Partindo da perspectiva de que “a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde” (BRASIL, 2013, p. 20) e que, portanto, “o usuário, também, define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para

²³ A pesquisa foi realizada, na UBSF São Miguel I, pelo fato de este local ser de fácil acesso aos pesquisadores que já mantinham vínculo com a unidade, através da RMSF, e, também, pela circulação diversificada de profissionais da EF lá existente.

²⁴ trabalhadores atuantes no contexto da AB do município e na mesma UBSF.

²⁵ Pesquisadora deste estudo que foi realizado contemplando seu trabalho de conclusão de residência (TCR).

ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde” (BRASIL, 2013, p. 20); a DE é tratada como um dos eixos norteadores das ações no campo de trabalho da AB, baseada no contato com o usuário, através do acolhimento.

A DP se refere a todas as ações elaboradas estrategicamente, voltadas à saúde dos usuários da ESF, de forma individual ou coletiva. Essas estratégias podem ser elaboradas através da percepção de necessidades por meio do acolhimento, ou, ainda, embasada pelo olhar dos profissionais com relação às necessidades dos usuários. Uma estratégia bastante comum de DP é a constituição dos grupos, por exemplo, gestantes, hipertensos, saúde mental.

Ao todo, foram investigados nove²⁶ usuários que receberam atenção por meio da DE e DP, seja na própria unidade, seja em visitas domiciliares, pelos diversos trabalhadores de EF atuantes na São Miguel I. Desse modo, os sujeitos da pesquisa foram distribuídos da seguinte forma:

TABELA 1- Usuários do SUS e participantes da pesquisa. Rio Grande, RS.

	Demanda Programada	Demanda Espontânea
Residente ingresso no ano de 2012	01 usuária	01 usuária
Residente ingresso no ano de 2013	02 usuários	02 usuárias
Trabalhadora de Educação Física do Projeto Vida Ativa	02 usuárias	
Trabalhadora de Educação Física do NASF	01 usuária	

Os usuários foram acessados para a pesquisa seguindo os seguintes passos:

1º Foram consultadas quatro profissionais em saúde da UBSF, São Miguel I, que fizeram parte da equipe durante a atuação dos trabalhadores da EF, pertinentes a essa pesquisa.

2º Às profissionais em questão, foi solicitado que indicassem usuários que morassem próximos ou fossem frequentadores da UBSF, que tiveram acesso aos seguintes trabalhadores de EF: residente ingresso no ano de 2012 e trabalhadora de EF do NASF.

3º A seleção dos usuários que tiveram acesso à residente ingressa, no ano de 2013, ocorreu visando à facilidade de acesso aos entrevistados. Dessa maneira, priorizou-se o convite aos usuários que costumavam frequentar a UBSF no período da coleta. Os primeiros a serem encontrados na UBSF foram convidados a participar da pesquisa.

4º A triagem dos usuários que tiveram acesso ao serviço da trabalhadora da EF, do Projeto Vida Ativa, aconteceu da seguinte maneira: foram convidados a participar da pesquisa, dois usuários que tinham participação atual no projeto, visando a um participante que frequentasse há pouco tempo (menos de seis meses) e outro há mais de dois anos; isso partindo da

²⁶ É importante mencionar que foram priorizados quatro usuários entrevistados, que tiveram acesso à residente ingressa no ano de 2013 considerando a facilidade do acesso aos entrevistados, já que a residente em exercício, na UBSF, no período da coleta de dados, era a própria pesquisadora. Também, devido à dificuldade de acesso aos usuários que tiveram contato com a demanda de Educação Física da trabalhadora do NASF, foi entrevistada somente uma usuária, quando a intenção inicial era de que fossem dois usuários.

suposição que o tempo de permanência nessas atividades pode gerar olhares diferenciados para a EF na UBSF.

Todos colaboradores aceitaram participar da pesquisa, de imediato, mediante o convite da pesquisadora.

5º Após estar definido quem seriam os usuários entrevistados, foi combinado local, data e horário para a realização da entrevista, com cada um deles, separadamente. Todas as entrevistas aconteceram na UBSF, São Miguel I, em uma sala reservada.

Conforme a metodologia desta pesquisa, a análise ocorreu no espectro das inferências²⁷ do diálogo entre os pressupostos pertinentes ao saber-fazer da EF e às falas dos usuários. Isso considerando que “produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo” (CAMPOS, 2004, p. 613).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da FURG, sob o Parecer nº 935.174. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre do ano de 2015. (TCLE). Ao longo da análise, os colaboradores são denominados “entrevistados”, seguidos de um algarismo numérico romano (ex: entrevistado III).

Análise e discussão

A análise apresenta-se em duas categorias: Saúde X Educação (lugar ou não lugar) e Práticas corporais X Atividade física (isto ou aquilo). Considerando que tais temáticas se afirmam enquanto paradigmas inerentes à epistemologia/campos de atuação da EF, o conteúdo das entrevistas nos conduziu a tratar da problematização dessas questões a fim de contemplar o saber-fazer, da EF, na Atenção Básica do SUS. Com o enfoque empírico, buscamos estabelecer diálogo entre tais paradigmas e o conteúdo das entrevistas, ao que denominamos ‘olhar dos usuários para a Educação Física’ na UBSF, São Miguel I.

Ressaltamos que, mesmo que as categorias se apresentem distintas, se configuram de forma costurada, pela linha de suas interfaces epistêmicas e de tensões identitárias no campo da EF.

Saúde x Educação (lugar ou não lugar)

Conforme Pires (1990), a relação entre corpo e Educação Física começa a calçar seus pilares nas primeiras décadas do século XIX, através da ligação entre as áreas médica e de aptidão física, embasada pelas tendências higienistas. Nesse período, começava-se a creditar à EF um projeto escolar para estimular “o hábito ou a adesão à prática de atividade física” (LOVISOLO, 2006, p. 165), em prol da promoção de saúde e da diminuição dos riscos de doenças.

²⁷ Bardin (1977) refere que o ato de inferir trata-se de uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em função de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

Se, anteriormente, a EF estava restrita às escolas, hoje, ela ocupa os mais diversificados espaços sociais públicos e privados, tais como, os de lazer e de saúde. Destacamos, ainda, que, através de movimentos que procuram firmar identidade à EF, se constitui um processo de divisão curricular, em que a um campo de atuação se outorga o carimbo de saúde e a outro o de educação, ainda que apontemos a impossibilidade de distinções tão frágeis e estanques. Então, sabedores de tal divisão, esta investigação nos remete ao paradigma sobre o lugar ou não lugar da EF, fundamentando-nos na dualidade curricular saúde X educação.

Portanto, com base nas falas dos entrevistados sobre a relevância da EF, no contexto da UBSF, São Miguel I, o posicionamento de todos investigados foi de que esse núcleo é “importante”, “fundamental” ou, ainda, “indispensável”. Dizem que “sempre deveria ter existido” na UBSF e esperam que “nunca deixe de existir”. Uma das usuárias ainda menciona que, dentre as ofertas da UBSF, a EF é *“um dos mais importantes, até porque hoje em dia o que é mais recomendado pra saúde é a Educação Física”* (ENTREVISTADA VII). Assim, entendemos que, para os entrevistados, a UBSF São Miguel I é um lugar da EF, já que afirmam, de forma unânime, que este núcleo é parte desse contexto de AB. Também, foi evidente que, para os usuários, a EF promove saúde na UBSF, já que, quando eles foram questionados sobre isso, nos deparamos com semelhantes afirmações. Obviamente, cabe certo afastamento sobre as respostas dos entrevistados, pois estes sabiam que falavam a uma professora de EF e isso provoca seus efeitos.

Há de se considerar, ainda, os enlaces entre educação e saúde que fazem parte dos atributos da ESF no contexto de prevenção e de promoção de saúde, caracterizados pelas ações de educação popular que “tem como pressuposto a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos” (BRASIL, 2007, p.13). Consideramos, ainda, que, atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. (VASCONCELOS, 2004).

As relações comunitárias e de sociabilidade estabelecidas nos encontros coletivos aparecem nas falas, em algum momento da entrevista, da maioria dos investigados. Uma das usuárias relata que, antes de participar do grupo Vida Ativa, quase não conhecia o bairro e não tinha muitas amizades e só começou a estabelecer relações comunitárias através da participação no grupo. Então, passou a conhecer e ter mais autonomia com o território do bairro, através das caminhadas, e a socializar com as participantes do Vida

Ativa, as quais, hoje, chama de amigas. Ao ser indagada se a EF promove saúde na sua UBSF, esta colaboradora (entrevistada II) afirma “*Promove. E já tive vários exemplos já*”. A entrevista segue:

P: Poderias citar algum?

E: Das minhas amigas. Até que eu já conhecia antes e que, agora, mudaram completamente depois das atividades aqui.

P: E mudaram em que sentido?

E: mudaram pra melhor, porque elas eram pessoas assim, que não conversavam. A gente se encontrava, a gente se conhecia, mas se encontrava na rua, a gente não conversava. Agora não, agora a gente tá na rua, a gente tá...vou na feira sexta-feira, a gente vai encontrando, conversa com uma, conversa com outra. Mudou completamente. Eu, às vezes, ia na feira, saía de casa e não dava uma palavra, só ia lá, fazia minhas compras e ia pra casa. Agora não, a gente encontra as amigas, a gente conversa, a gente troca ideia.

Outra usuária, quando questionada sobre qual seria o papel da EF, na UBSF, também, se volta às questões de sociabilidade

A Educação Física [...] ela une mais as pessoas porque tu vem consultar com o médico, tu fala com o médico é aquilo ali, né? Tu vai embora. E a gente não. A gente tem o nosso grupo. A gente faz as nossas festinhas. A gente faz os nossos aniversários [...] a gente é um grupo, não é uma pessoa só (ENTREVISTADA III).

Mais uma entrevistada, ao mencionar as relevâncias da EF, comenta que “*melhorou a minha vida, o meu humor, né? Eu tive outras perspectivas de vida, entendeu? Pra mim, estar no grupo era a melhor coisa que tinha [...] por mim eu passava 24 horas dentro do grupo aqui*” (ENTREVISTADA V). Esse depoimento aponta para a potencialidade de transformação que as vivências coletivas respaldadas pela EF tiveram na vida dessa usuária. Tal transformação, também, é evidenciada por outra usuária ao relatar que, antes de entrar para o grupo, era muito tímida, quase não se relacionava com ninguém do bairro, e, hoje, através das vivências no Vida Ativa, ela se tornou mais sociável e mais falante: “*me sinto outra pessoa*” (ENTREVISTADA IX).

Assim, através do olhar dos usuários da São Miguel I para a EF, presumimos que, no contexto da AB, a potencialidade da prática de educação popular aparece com relevância nas atividades grupais. A transformação da percepção de si e da comunidade, a sociabilidade, a mudança no cotidiano e as perspectivas de vida foram aspectos abordados pelos sujeitos investigados ao se referirem a suas relações com a EF, em ações coletivas na UBSF.

Portanto, considerando as percepções dos usuários, entendemos que a EF, na São Miguel I, se estabelece enquanto núcleo pertinente à educação popular para a saúde, no

que tange ao olhar do indivíduo para si, para o outro e para a comunidade. A EF, no contexto da ESF, promove educação popular quando se desenha como mediadora para que os sujeitos se transformem enquanto agentes sociais. Assim, exercer a EF é estabelecer uma prática educativa por meio de uma política pública de saúde. E o ato de educar, que não se reduz aos espaços escolares, é potente nas UBSFs.

Práticas corporais X atividade física (isto ou aquilo)

Conforme foi mencionado anteriormente, é pertinente a tensão do saber-fazer da EF, principalmente, no contexto escolar, procurando fundamentá-la enquanto conteúdo de autenticidade pedagógica. Complementamos, ainda, a necessidade da EF de legitimar-se enquanto ciência e, para tanto, encontrou como rumo sua defesa no campo da saúde (CARVALHO, 2006), ancorando-se “nos saberes biomédico e matemático para tentar se estabelecer como um discurso de verdade” (MENDES; CARVALHO; 2016, p. 17).

No cenário acadêmico-científico da EF, foram travadas disputas, a partir da crise *a priori*, político-ideológica, e, posteriormente, epistemológica (LIMA, 2000). Disputa esta que, aqui, tratamos ‘práticas corporais²⁸ X atividade física²⁹’. Essa dualidade aparece nas políticas públicas de saúde, em documentos que contemplam a EF sob a expressão ‘práticas corporais/atividades físicas’ (PCAF), o que pode ser verificado nas Diretrizes do NASF³⁰. Entendemos que o documento procura abranger ambas vertentes, difundindo, no aspecto conceitual, aquilo que se confronta no território da epistemologia.

A partir das disputas travadas, Damico e Knuth (2014) observam que, “no interior epistemológico da educação física, repousam as diferentes concepções políticas, científicas e culturais para uma segregação dos termos atividade física e práticas corporais” (p. 334). Os autores apontam que o conceito de práticas corporais remete à relação da EF com a prática pedagógica que adentra o campo da saúde coletiva “como uma resposta ao avanço da atividade física e em contraste a esta” (p.339).

Carvalho (2001) enfatiza, ainda, que a EF, ao se justificar como atividade regular no contexto escolar, “negou a sua faceta de elemento cultural, historicamente construída e determinada” (p. 72), sendo, conseqüentemente, tratada como sinônimo de atividade física.

²⁸ Sobre a atividade física, Carvalho (2001) ressalta que o termo *atividade física* carrega toda e qualquer ação humana que comporte a ideia de trabalho como conceito físico. Realiza-se trabalho quando há gasto de energia ao indivíduo se movimentar. “Tudo que é movimento humano, desde fazer sexo até caminhar no parque, é atividade física” (p. 69).

²⁹ É em contraposição à designação ‘Educação Física = atividade física’ e ao ‘fazer pelo fazer’, que pensadores da área vêm debruçando suas críticas, a partir da década de 1980, tendo como marco fundamental a publicação, no ano de 1990, do livro denominado “Metodologia do ensino de Educação Física”. Esses movimentos procuram legitimar a Educação Física enquanto área que trata, especificamente, da Cultura Corporal que busca refletir, problematizar e proporcionar as vivências das práticas corporais produzidas socialmente (jogos, danças, esportes, lutas, ginásticas, entre outras).

³⁰ BRASIL, 2009, p. 143 e 144.

Mesmo que, no campo epistemológico, esse embate seja pertinente, no cotidiano do serviço de saúde, há uma disparidade de produções de verdades que ainda consagram a atividade física como o saber-fazer da EF (DAMICO; KNUTH, 2014).

Não há dúvidas “da necessidade de se encarar as relações entre a Educação Física e a Saúde por outras perspectivas, diferentes daquela visão tradicional biologicista” (PALMA, 2020, p.17). Desse modo, as tensões entre os paradigmas biológico e social se configuram como um desafio relevante a ser enfrentado, no que tange à interface Educação Física e Saúde Coletiva (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Quando nos referimos ao olhar dos usuários da São Miguel I, frente à indagação sobre a importância da EF para si e para a unidade de saúde, aparecem noções diversificadas. As relevâncias indicadas pelos entrevistados aparecem no quadro a seguir:

QUADRO 1 – relevâncias indicadas pelos sujeitos

Melhor aptidão física – sentir-se mais disposto(a) – melhora postural – perda de peso – controle da glicose – controle do colesterol – promoção de motivação – melhora no humor – melhora da depressão – prática de lazer – fazer amizades/ estar com amigos(as)/ companheirismo – diminuição de dores – diminuição do uso de medicamentos – conhecer ou perceber melhor o bairro – controle da pressão arterial – saúde mental/ aspecto emocional/ vantagem psicológica – ocupação do tempo livre – prevenção de doenças – melhora na amplitude do movimento – auxílio para superar a timidez – maior agilidade corporal – novas expectativas de vida familiar – se sentir acolhido(a).

Entendemos, então, que os significados atribuídos à EF, pelos usuários, se remetem à noção de atividade física, mas também às práticas corporais. Os aspectos centrados, na questão fisiológica do movimento, surgem nas falas, assim como as questões sociais e emocionais também são pertinentes. A diversidade de olhares dos usuários, sem adentrar em qual/quais perspectiva/s epistemológica/s, embasaram os trabalhadores da área que atuaram com esses pertencentes da comunidade São Miguel e apontam para o caminho da ampliação dos olhares para o saber-fazer da EF. Direcionam para as flexibilidades epistemológicas, quando essas se pautam em “olhar o sujeito, numa perspectiva usuário-centrada” (DAMICO; KNUTH, 2014 p. 342), que busca enxergar a EF na AB, através das pupilas dos próprios usuários.

Apontamos a fala da entrevistada II, ao mencionar que gosta muito dos encontros de EF, no entanto não gosta de fazer o exercício porque se considera “malandra”. O que ela gosta mesmo é do grupo. Ela, ainda, relata que se sente muito animada com esses encontros. Para essa usuária, os encontros pertinentes à EF são relevantes pelo aspecto

das relações sociais que se viabilizam pelas práticas corporais. Destacamos, ainda, que as questões de sociabilidade, tais como amizade, outras perspectivas de vida e percepção comunitária aparecem com frequência.

As falas de outro usuário são relevantes para pensarmos o paradigma práticas corporais X atividade física. Esse entrevistado, ao ser questionado sobre qual ou quais atividades gostaria que a EF oferecesse na UBSF, comenta que gostaria que tivesse avaliações físicas frequentes, tais como, a verificação de glicose e *“do estado de funcionamento dos pulmões, do coração, principalmente”* (ENTREVISTADO I). Comenta, ainda, que enxerga como relevante, à Educação Física na UBSF, as práticas variadas e as vivências de passeios fora da UBSF. Ele considera essas experiências relevantes porque favorece a amizade entre os participantes, alegando que *“se ficarmos restringidos somente aos exercícios, não temos a oportunidade para conversarmos, para termos um relacionamento de amizade, nos conhecermos melhor, trocarmos ideias sobre variados assuntos”*. Aqui, percebemos o olhar ampliado desse usuário para a EF, que contempla tanto a perspectiva de atividade física quanto de práticas corporais, ainda que tais distinções tenham emergido do campo acadêmico e não da experiência dos usuários.

Constatamos que as vivências de práticas variadas aparecem como algo importante para os usuários. Conhecer/ vivenciar/experimentar práticas diversificadas surgem como aspectos relevantes à EF na UBSF. O entrevistado já mencionado recomenda que as atividades *“não se restrinjam, a princípio, às caminhadas e à ginástica feita na unidade”* (ENTREVISTADO I), sugerindo os passeios e as vivências esportivas. Outra colaboradora comenta sobre uma vivência de capoeira durante uma aula do projeto vida ativa. Ela sugere que se tenha mais vivências de capoeira. Assim, a experiência com manifestações culturais diversificadas surge como uma demanda dos usuários, o que, também, impulsiona a EF na UBSF, para além da prática tradicional de exercícios físicos.

Conforme constatado, ao olhar dos usuários, a EF é entendida como movimento corporal do dispêndio de energia da atividade física, que proporciona transformações fisiológicas, mas é também a diversidade de vivências de práticas corporais, em prol da oportunidade de expansão de experimentações das manifestações da cultura corporal. EF é a possibilidade de estabelecer relações de sociabilidade. É, também, a oportunidade de transformar o olhar para si, para o outro e para o contexto comunitário. Portanto, ao olharmos aos olhos dos usuários da UBSF São Miguel I, é possível presumir que o enrijecimento da perspectiva epistemológica, atuante sobre o saber-fazer da EF, pode restringir as potencialidades na atenção à saúde, com foco no sujeito. Esses olhares diversificados nos contam que, quanto mais plural for o saber-fazer da EF, maior será a oportunidade de contemplar as perspectivas dos usuários-centrados, em suas

singularidades, através de deslocamento do eixo práticas corporais 'X' atividade física, para práticas corporais 'E' atividade física, do isto ou aquilo, para o isto e aquilo.

Considerações (para não finalizar)

Ao abordarmos a categoria Saúde X Educação (lugar ou não lugar), foi perceptível que os usuários consideram a UBSF São Miguel I um lugar da Educação Física, já que a reconhecem como núcleo importante para a saúde. Também, foi possível constatar, através das atividades dos grupos a UBSF São Miguel I como potente espaço de educação popular. A transformação da percepção de si, dos outros e da comunidade foram citadas como relevantes para suas vidas e sua saúde.

Tais constatações nos fazem pensar sobre a questão inerente ao campo científico da Educação Física, sobre o lugar que esta ocupa enquanto área acadêmica, considerando seus entraves inerentes ao saber-fazer e à recente divisão curricular. Entendemos, assim, que é importante problematizar a flexibilidade das suas faces epistemológicas. Consideramos que a fragmentação que pretende cravar a Educação Física neste ou naquele lugar pode dificultar avanços na formação integral. Assim, propomos que a Educação Física não esteja fincada na saúde ou na educação, que atenha seu objeto de estudo na formação humana. Que o lugar da Educação Física seja qualquer espaço social ou área do conhecimento em que ela esteja contribuindo à vida.

Ao realizarmos as considerações deste trabalho, que se concretizou à luz dos olhos dos usuários da UBSF São Miguel I, em seus aspectos singulares e coletivos, a porta que procuramos abrir aos trabalhadores da Educação Física, na Atenção Básica, é justamente a proposta para rumar ao saber-fazer focado no usuário-centrado. Consideramos essencial que a Educação Física esteja permanentemente atenta aos usuários, já que é para atendê-los em suas complexidades e peculiaridades que a Estratégia de Saúde da Família existe.

Direcionamo-nos às ações em saúde construídas, sem, necessariamente, incorporar ao fazer a rigidez do saber. Partindo de um microcontexto (São Miguel I), para um macro (EF na Atenção Básica), sugerimos que as ações nas UBSFs não se esgotem numa única perspectiva, mas que essas se complementem, conforme as percepções de saúde dos usuários, propondo a perspectiva de práticas corporais E atividade física (isto E aquilo). Que as pluralidades de olhares da e para a Educação Física não se contraponham, não se dissociem, mas se complementem.

Portanto, este estudo pretende colaborar para o saber-fazer da Educação Física, fertilizando perspectivas que revelam outros saberes que sejam semeados a partir da sensibilidade daqueles que estão sendo contemplados pelos saberes e pelos fazeres dos trabalhadores da saúde. Propomos que, junto à epistemologia, os olhos dos usuários

também sejam os olhos da Educação Física na atenção básica, a partir dos diferentes sujeitos e contextos comunitários.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a política de promoção de Saúde, p. 1 - 39, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, p. 1 – 16, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. 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 m Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, p. 1 - 5, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica**. Diário Oficial da União 2017; 22 set.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 2004. set/out;57(5):611-4.

CAMPOS, C.J.G; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicações e perspectivas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, março-abril/2009.

- CARVALHO, Y.M. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- CARVALHO, Y.M. Saúde, sociedade e vida: um olhar da Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, V. 27, n. 3, p. 153-168, maio/2006.
- DAMICO, J.G.S.; KNUTH, A.G. O des (encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 329-350, jan/mar 2014.
- LIMA, H.L.A. Pensamento epistemológico da Educação Física brasileira: das controvérsias acerca do estatuto científico. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Jane/maio 2000.
- LOVISOLO, H. Em defesa do modelo JUBESA (juventude, beleza e saúde). In: BAGRICHEVSKY, M. e outros. **A saúde em debate na Educação Física**. vol. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006.
- MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e Clínica Ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U.R.; BRANDÃO, F.F.de F. (org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p.169-197.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**- 8.ed.- São Paulo: Hucitec, 2004.
- NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L.M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1913-1922, 2017.
- PALMA, A. Tensões e possibilidades nas interações entre Educação Física, saúde e sociedade. In: Felipe Wachs; Larissa Lara; Pedro Athayde. (Org.). **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE: Volume 11. Atividade Física e Saúde**. EDUFRRN: Natal, 2020, v. 11, p. 15-27.
- PIRES, A. G. A. Educação Física e o corpo: uma relação de poder. **Revista Motrivivência**, Jan/1990, p. 19-22.
- RIO GRANDE. Prefeitura Municipal. Lei Municipal nº 7070, de 20 de julho de 2011. Cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dá outras providências.
- VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA GESTÃO E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Thavane de Llano Leal
Cesar Francisco Silva da Costa
Bárbara Tarouco da Silva

Introdução

Este texto trata-se de um recorte de um estudo qualitativo que teve por objetivo identificar e salientar as potencialidades e as fragilidades do funcionamento da rede de atenção básica à saúde, mais especificamente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo parte de um projeto maior, baseado no quadrilátero da formação para a área saúde - ensino, gestão, atenção e controle social, conforme Ceccim e Feuerwerker (2004).

A inserção, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), possibilita uma vivência além da reflexão sobre as políticas públicas de saúde, em especial, no que se refere à Atenção Básica e a ESF, contribuindo para que a questão do estudo começasse a ser delineada. A vivência prática, no cotidiano da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), articulada aos debates, estudos e reflexões realizadas no programa têm nos permitido o aprofundamento e o amadurecimento das discussões teóricas presentes no campo da saúde.

A RMSF tem como objetivo qualificar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se da cooperação entre educação e saúde, por meio da inserção no campo de trabalho, propondo educação permanente na prática com ensino, pesquisa e atenção em saúde, empregando os princípios e diretrizes do SUS (FURG, 2014). Em consonância com a resolução da residência, o trabalho multiprofissional é uma ferramenta de cuidado, tendo como principal ampliação o cuidado integral do indivíduo. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o quadrilátero para a formação para a área da saúde propõe construir e organizar uma educação responsável por mobilizar caminhos, agir na realidade, operar mudanças, incentivar responsabilidade, entre outros. Nesse processo, estão contemplados aspectos tecnológicos, éticos e organizacionais.

Utilizamos esse quadrilátero como base da pesquisa, por estar em processo de formação e acreditarmos na potencialidade de o profissional ser atuante nos quatro eixos destacados. Apesar do quadrilátero proposto ser acerca da formação, iremos desenvolver a pesquisa, pensando nos eixos de maneira geral, visto que acreditamos que o profissional do

SUS desempenha, ou deveria desempenhar, atividades nos quatros eixos indissociavelmente, no seu cotidiano de trabalho e de vida.

Podemos, então, afirmar que a atenção à saúde parte de uma perspectiva multiprofissional e participativa, pensando que o processo saúde-doença deve ser resultado de uma interação entre os trabalhadores e os usuários envolvidos, assim como um maior protagonismo dos sujeitos.

Destacamos o campo da gestão da ESF, concordando com Barra (2013), como principal responsável pelo seu direcionamento, o qual afeta o desenvolvimento do trabalho pelas equipes de saúde, bem como pelo estabelecimento de metas e diretrizes, pelo fornecimento dos recursos materiais e estruturais dos serviços e das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho, pela definição da política de recursos humanos e dos mecanismos de integração intersetorial (BARRA, 2013).

Cabe destacar a utilização do termo participação social, entendendo que é necessário participar para poder controlar, e essa participação também faz parte da gestão em saúde, conforme a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, ampliando e democratizando o controle social. Sendo uma forma de gestão sobre a política de saúde, a população, por meio dos Conselhos de Saúde, exerce o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013).

Assim, este estudo teve como questão norteadora: quais as potencialidades e fragilidades da ESF?

E como objetivo identificar potencialidades e fragilidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e da participação social, no município do Rio Grande/RS.

Ao longo do tempo, identifica-se que a participação da sociedade no setor Saúde seria imprescindível e, assim, passou por processos de mudanças complexos, que resultaram em um sistema de controle social, o qual se tornaria qualificado, deliberativo, independente e representativo. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, traz, em cada esfera de governo, as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, atualmente, tem-se um modelo que procura valorizar, cada vez mais, a saúde da família, ainda se apoiando nos princípios e nas diretrizes do SUS para seu funcionamento. Dessa forma,

as perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde,

pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI, *et al.*, 2015, pg 1874).

Os desafios da gestão e dos trabalhadores da Atenção Básica (AB) são múltiplos e complexos, por isso o repensar deve ser um exercício do cotidiano dos profissionais da AB e assim, da ESF, espaço que pode ser utilizado em reuniões de equipe e demais encontros dos profissionais, valorizando sempre o pensar multiprofissional (ABRAHÃO, 2007).

Um dos grandes desafios para os profissionais da saúde pública é a implantação da ESF, pois os gestores em saúde precisam romper com práticas já instituídas nos serviços, geralmente, centradas no autoritarismo. Os gestores necessitam contribuir para a democratização do conhecimento, fazendo a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania, e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; isso significa redistribuir os poderes, o que não parece ser tarefa fácil. O maior desafio dos profissionais da ESF é concretizar, na prática cotidiana, a escuta do outro, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização (GOMES, PINHEIRO, 2005).

A gestão não deve ser pensada de forma separada da atenção, necessita estar voltada para o cotidiano do trabalho, atentando para a realidade da população atendida, para as características do território de cada UBSF, para as demandas e necessidades em saúde e para a organização do trabalho das equipes. Com esse entendimento, o papel do gestor, juntamente com o controle social, define o rumo da ESF (BARRA, 2013).

Cabe salientar, aqui, o papel da gestão interna de uma UBSF. Essa gerência pode ser visualizada como uma estratégia para a consolidação do SUS. Contudo, cabe destacar que a prática gerencial, em uma UBSF, possui dimensões administrativa, técnica e política, planejamento em saúde, organização dos serviços de saúde, administração de recursos humanos, atividades de articulação, além da ação supervisora, reformulação da organização dos serviços e do trabalho, gerência dos recursos materiais e também intercâmbio entre o trabalhador e usuário à Secretaria Municipal de Saúde (DANTAS, MELO, 2001).

Por meio dessas práticas de gerenciamento interno, criam-se condições para o direcionamento do processo de trabalho para o desenvolvimento de serviços, na busca de qualidade, da cobertura, da resolutividade e da satisfação dos usuários. Cabe à gestão interna determinar melhorias nas relações interpessoais nas unidades de saúde, buscando sempre a superação da alienação dos trabalhadores à medida que articulam o trabalho de cada um às finalidades da saúde pública, através de intervenções sobre o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva (DANTAS, MELO, 2001).

O sistema de saúde, no Brasil, tem como grande desafio a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores. Para enfrentar esse desafio, tem se elaborado muitos dispositivos normativos, demarcando os limites da tomada de decisão

de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão coerente com a diversidade operativa de cada território em que está localizada a população adstrita com suas necessidades de saúde (CAMPOS, CAMPOS, 2009).

Ainda sobre a gestão, deve-se considerar que todos os processos desse gerenciamento devem ser permeados pelo controle social que representa um elemento fundamental na construção de uma gestão democrática, assegurando o diálogo, a comunicação e a construção conjunta de uma rede integrada de serviços de saúde (BARRA, 2013).

Falando em participação social, importante trazer que os Conselhos de Saúde são constituídos por conselheiros, que se responsabilizam pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da política de saúde. O número de conselheiros é definido pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e pelas Conferências de Saúde, atentando aos seguintes critérios: representatividade dos usuários e paridade em relação aos outros seguimentos (BRASIL, 2014).

Em vários municípios, existem, ainda, os conselhos em nível local, geralmente, localizados nas Unidades de Saúde, denominados “Conselhos Locais de Saúde”. Esses espaços podem viabilizar maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde com o bairro, no que se refere à participação e à elaboração das proposições para a política de saúde. Os conselhos locais, também, podem contribuir/influenciar nas decisões a serem tomadas pelo Conselho Municipal, facilitando as necessidades de saúde do município. Assim, é possível um maior controle social sobre os serviços prestados à população (SOUZA, KRUGER, 2010).

Contudo, ressaltamos que os principais espaços para o exercício da participação e do controle social são os conselhos e as conferências de saúde, espaços essencialmente democráticos na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. A amplitude do campo de atuação dos conselhos de saúde, além de relevante, é extensa. A instituição dos conselhos de saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor da Saúde, fazendo com que, hoje em dia, todos os municípios brasileiros disponham de um conselho de saúde (BRASIL, 2013).

Metodologia

O presente estudo é exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no município do Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul. O município possui 211,005 habitantes (IBGE, 2019) e tem configuração de atenção básica mista, possuindo ESF em 61% do território, com 25 UBSFs e 39 equipes atuantes (até a publicação deste estudo). As equipes são compostas por, no mínimo, um Médico, um Enfermeiro, um Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, e, ainda, quando acrescida da equipe de saúde bucal, compõe-se por mais um Odontólogo e um Auxiliar de Saúde Bucal.

Nesta pesquisa, a coleta foi realizada em três grupos. O primeiro grupo, a Gestão da ESF; o segundo, trabalhadores da ESF e o terceiro, os usuários da ESF.

O grupo Gestão compreende a comissão coordenadora da ESF, lotada na Secretaria de Município de Saúde. O grupo Trabalhadores, composto por profissionais da saúde de quatro UBSFs localizadas na zona urbana. O critério para seleção das unidades foi ter sido campo de prática para atuação de equipes de RMSF. Foram selecionadas a UBSF São João, a UBSF Castelo Branco (UBSF Dr. Luiz Gonzaga Dora), UBSF São Miguel II e a UBSF CAIC (UBSF Dr. Romeu Selistre). Já o terceiro grupo foi composto por usuários adscritos às quatro UBSFs citadas acima.

O estudo teve a previsão de 38 participantes. No entanto, houve quatro participantes excluídos, 1 médico e 1 enfermeiro, por afastamento do serviço no período da coleta e 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal, por não fazerem parte da equipe mínima de uma das unidades. Ainda, ocorreram três perdas, por se negarem a participar e por trocarem da carga horária de trabalho, dificultando o contato para entrevista. Assim, o número de participantes foi de 31 profissionais, contemplando os três grupos.

No grupo da gestão, participaram os integrantes da comissão coordenadora da ESF, composta por um coordenador geral, três apoiadores técnico-enfermeiros, um apoiador técnico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e um apoiador técnico da Medicina, totalizando seis gestores.

No segundo grupo dos trabalhadores, foram considerados participantes um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal, representando cada profissão da equipe. A seleção dos participantes deu-se por sorteio de cada segmento profissional para cada equipe de UBSF selecionado, totalizando 24 trabalhadores.

Já o terceiro grupo correspondente aos usuários foi composto por dois usuários que estiveram presentes na sala de espera, aguardando atendimento, aleatoriamente, no momento em que as pesquisadoras estavam presentes nas unidades para entrevista com os profissionais. Utilizou-se o mesmo critério de seleção nas quatro UBSFs participantes da pesquisa – sala de espera. Totalizando oito usuários.

Com o objetivo de contemplar questões importantes a serem observadas durante a análise dos dados, tal como o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa (FLICK, 2009), para a preservação de suas identidades, foram utilizadas siglas.

No grupo da Gestão da ESF, foram utilizadas as siglas G, representando a gestão e o número correspondente à ordem de realização da entrevista G1. Para o grupo dos Trabalhadores, utilizou-se a letra T, seguida do número correspondente à ordem da entrevista e, para os usuários, utilizou-se a letra U, seguida do numeral.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG), assim como ao Núcleo Municipal de Estudos em Saúde Coletiva (NUMESC), para avaliação e aprovação do Parecer nº 110/2018.

A coleta dos dados se deu no período de setembro a outubro de 2018, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. As questões do roteiro foram aplicadas para todos os participantes, realizadas pelas pesquisadoras do projeto maior. O roteiro para a entrevista foi elaborado com base nos quatro eixos da pesquisa: educação, gestão, atenção e participação social.

A análise qualitativa deu-se por meio de análise textual discursiva resultante das entrevistas na perspectiva da Gestão e da Participação Social, levando em conta um olhar geral dos dois eixos, os quais acreditamos ser uma ferramenta para a melhoria do SUS.

Resultados e discussão

No Grupo Gestão, foram entrevistados cinco participantes, três enfermeiros, um assistente social e um dentista, com idades compreendidas entre 33 a 57 anos. Todos com pós-graduação.

No Grupo Trabalhadores, foram entrevistados 18 participantes, quatro ACS, três dentistas, três enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, dois médicos e dois auxiliar de Saúde Bucal. A idade teve uma variação de 27 a 57 anos. Sete participantes possuíam ensino médio completo, cinco possuíam ensino superior completo, cinco com pós-graduação e um com ensino técnico completo.

No Grupo Usuários, foram entrevistados oito participantes, quatro do lar, dois aposentados, um pescador e uma recepcionista. A idade ficou compreendida entre 23 a 69 anos. Entre os participantes, quatro possuíam ensino fundamental completo, três possuíam ensino médio completo e um era iletrado.

Potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no eixo da gestão

Esta categoria foi dividida em subcategorias, a partir das quais se analisaram as potencialidades da ESF na perspectiva da gestão. No que se refere à gestão da ESF, foi observada a qualificação dos profissionais que ocupam a coordenação da ESF, a multiprofissionalidade presente na composição desses coordenadores e o fato da coordenação da ESF ser um suporte para os trabalhadores das unidades. Já a coordenação da UBSF é realizada em sua totalidade por enfermeiros, com uma coordenação de forma autônoma, atuando segundo a demanda do seu território, com compartilhamento de fazeres entre todos os profissionais da unidade de saúde.

Trabalho Multiprofissional e qualificação dos profissionais gestores

A partir dos depoimentos, observou-se que um dos potenciais da gestão da ESF é o fato de todos os profissionais gestores serem qualificados para o trabalho, com especializações e conhecimento na área. Assim como também, o fato de todos já terem experiência na assistência, funcionando como um alicerce para as equipes das UBSFs.

[...] A gestão é a estrutura, é o suporte, se a gestão não está qualificada para atender aqueles que estão na ponta fazendo o programa acontecer o processo fica desajustado [...] (G4).

[...] A gestão vai dar o alicerce para que a saúde da família funcione. Estamos aqui no território colocando em prática o processo de trabalho e a gestão precisa dar sustentação disso, a logística a estrutura tanto a questão estrutural quanto de qualificação profissional, dar condições para o trabalhador colocar em prática os fundamentos da Saúde da Família [...] (T14).

Esse achado assemelha-se aos resultados encontrados por Oliveira e colaboradores (2016), no seu estudo em um município brasileiro, que analisou o perfil de formação e qualificação dos profissionais da ESF e os fatores associados com a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde da região noroeste de Goiânia. Nesse estudo, participaram 92 profissionais (48 médicos e 44 enfermeiros), destacando-se, de forma satisfatória, a qualidade dos serviços na ESF no que se refere à qualificação e à experiência dos profissionais gestores e trabalhadores. Essa qualificação é de extrema importância para a obtenção de melhores desfechos na avaliação de seus atributos e, conseqüentemente, reflexos positivos na qualidade dos serviços prestados à população.

Outra potencialidade no que se refere à gestão da ESF é o fato de a sua formação se dar por uma equipe multiprofissional, com espaços utilizados e valorizados em reuniões de equipe e demais encontros dos profissionais, potencializando o pensar multiprofissional. Uma equipe de trabalho interdisciplinar proporciona um conjunto de diversos saberes, conhecimentos e experiências, proporcionando uma abordagem mais ampla e resolutiva.

Nesse mesmo sentido, Severo e Seminotti (2010) relatam que esse trabalho multidisciplinar contribui para a integralidade no interior das instituições, agindo como elemento facilitador desse processo por meio da prática de um trabalho interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, conhecimentos e experiências trazidos por cada um, de modo que suas diferentes abordagens e habilidades contribuam, complementarmente, para a realização de um serviço amplo e de qualidade. Destaca-se, ainda, a importância desse trabalho multiprofissional, pois, por meio dessa integração de profissões, os usuários do serviço passam a ser vistos de uma maneira integralizada, ou seja, o ser humano como um todo, de forma multidimensional, e esse olhar mais amplo possibilita melhores resultados no cuidado e na atenção a essa comunidade.

Gestão da Estratégia de Saúde da Família como um suporte para os trabalhadores

Observou-se que muitos participantes consideraram a gestão da ESF um suporte para os profissionais da assistência, assim como também um organizador do processo de trabalho. Os participantes identificaram que a gestão proporciona espaços de educação permanente e de interação entre os trabalhadores das diferentes unidades de saúde da família, problematizando os processos de trabalho como uma ferramenta para a transformação e para a otimização das práticas profissionais, a partir da capacitação e qualificação dos profissionais, principalmente, as atualizações de todas as esferas de governo com relação às ações a serem desenvolvidas. Esse aspecto foi destacado nas falas apresentadas abaixo:

[...] A gestão dá o alicerce para que a saúde da família funcione [...] a gestão precisa dar sustentação, a logística, a estrutura, tanto a questão estrutural quanto de qualificação profissional, dar condições para o trabalhador colocar em prática os fundamentos da Saúde da Família (T14)

[...] ela (gestão) permite muitas coisas, ela possibilita proporcionar espaços, que as equipes conversem, de educação permanente. Ela vai linkando os demais, de interação, de troca de saberes [...] (G1)

[...] Dar o suporte de infraestrutura física, o suporte de material humano, estar fomentando a educação permanente/continuada, trazer todas as mudanças que têm a nível de governo federal, estadual e propriamente municipal nas ações que eles [profissionais] devem desenvolver em saúde [...] (G5)

Nessa mesma linha, Castro (2009) destaca que o gestor, na área da saúde, demanda uma qualificação que lhe garanta um suporte técnico, ético e político para atuar na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS. Com essa perspectiva, demanda uma série de conhecimentos na área da saúde coletiva, do planejamento e gestão para que possa definir, de maneira qualificada, os rumos da política de saúde nos municípios, tanto na dimensão política quanto financeira.

Gestão compartilhada e autonomia na coordenação da Unidade Básica de Saúde da Família

Uma das potencialidades no que se refere à coordenação da unidade é o fato do coordenador de UBSF ter autonomia nas suas atividades diárias, como, por exemplo, grupos de educação em saúde, ações nas escolas do território, atividades como sala de espera. Cabe destacar, também, a agenda da unidade. Essa agenda é organizada pelo coordenador de maneira que a comunidade possa ter um melhor acesso ao que se é proporcionado pelo serviço, como pode ser visualizado na fala abaixo.

[...] a coordenação da unidade tem a sua autonomia e ela é respeitada [...] (G3)

[...] eu acho que funciona bem. A enfermeira (coordenadora) da unidade é uma boa coordenadora eu acho que ela consegue dividir as tarefas e todo mundo trabalha bastante (T3)

Em estudo realizado em Caxias do Sul (RS), por Fernandes, Machado e Anschau (2009), com 29 gerentes de unidades de saúde, para conhecer o perfil e verificar as competências, atribuições e habilidades gerenciais, no nível de estrutura da atenção básica, os autores identificaram que 86,2% dos participantes referiram ter autonomia para a realização de ações nas suas unidades, principalmente, para o desenvolvimento de atividades preventivas. Esse resultado vai ao encontro dos achados deste estudo.

Também, foi relatado pelos participantes a realização de uma gestão com compartilhamento de fazeres, no que se refere ao gerenciamento da unidade, como, por exemplo, a realização de escala profissional, agendamentos e marcação de exames, as atividades diárias na unidade como os grupos e agendas pré-definidas.

[...] Na minha unidade a potencialidade é o companheirismo, coleguismo, o entrosamento para trabalhar. O apoio um do outro, dos colegas [...] (T7).

Melo e colaboradores (2016), em sua pesquisa, realizada em UBS, com o objetivo de analisar a implantação de uma agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, realizada em um município do Estado de São Paulo, com 19 profissionais de saúde, incluindo gestores de unidades de saúde, observaram que as metas de produção e gerenciamento são pactuadas de forma compartilhada em reuniões de equipe. Isso foi considerado pelos participantes como um dos fatores positivos, assim como o trabalho em equipe e o protagonismo de todos os integrantes.

Autonomia dos trabalhadores

Os profissionais da assistência relataram ter autonomia no seu trabalho no que se refere às ações em equipe nas UBSFs e, também, à autogestão do seu fazer na unidade, que pode ser observado nas falas a seguir:

[...] a autogestão consegue, porque eles (referindo-se aos trabalhadores) recebem diretrizes que na verdade a gestão não interfere como vai ser feito [...] (G1).

[...] ter autonomia de buscar ideias, identificar um problema e querer atuar nele [...] (T13).

[...] fazemos a gestão do nosso trabalho através de elencar as nossas prioridades, agendar aquelas pessoas que consideramos prioritárias [...] (T12).

Essa autonomia é vista na execução da assistência prestada aos usuários, em planejamentos de acordo com a necessidade do seu território adscrito, tendo a liberdade para direcionar e executar as ações de saúde de acordo com seus valores, interesses e objetivos.

Da mesma forma, Barra (2013), em estudo que analisou a intersectorialidade na gestão da ESF, em Juiz de Fora/MG, com os principais atores envolvidos, observou-se que o planejamento e o desenvolvimento de ações pelas equipes, com liberdade e autonomia na

construção das suas atividades, permite um trabalho mais resolutivo e qualificado, porque está centrado na realidade local.

Fragilidades da Estratégia de Saúde da Família no eixo da Gestão

No que se refere às fragilidades da ESF na perspectiva da gestão, destacam-se subcategorias, com ênfase na sobrecarga de trabalho de todos os grupos analisados, assim como o fato de alguns profissionais da assistência relatarem um distanciamento da coordenação da ESF. Observaram-se, ainda, falhas na comunicação entre os gestores e trabalhadores e a falta de discussão e reflexão do processo de trabalho no que se refere aos trabalhadores da assistência. E por fim, a falta de recursos e investimentos na saúde, no âmbito federal e estadual.

Sobrecarga de trabalho

Como uma das fragilidades, foi observada a falta recursos humanos, o que acaba gerando uma sobrecarga no trabalho. Vale ressaltar que o acúmulo de funções pode ser um aspecto negativo. Observou-se, nas unidades de saúde, que muitos profissionais têm o seu tempo dividido entre as funções de supervisão e o exercício profissional de sua categoria, gerando um aumento do estresse diário.

[...] a fragilidade que eu vejo na gestão é a falta que nos faz de profissional, a gente precisaria muito mais profissionais [...] (G3).

[...] acho que a fragilidade de todos é a alta demanda, são muitos serviços e a gente acaba tendo uma falta de tempo nessa organização [...] (G5).

Fatores como a sobrecarga de trabalho afetam a saúde dos trabalhadores das equipes na ESF de maneira negativa, ou seja, essas condições de trabalho influenciam, diretamente, a saúde dos trabalhadores. A falta de profissionais para o trabalho acaba resultando no acúmulo de funções, e essa quantidade de tarefas, a serem realizadas, resulta em um estresse no trabalhador. Desse modo, a pressão, dentro do local de trabalho, pode trazer problemas de saúde, fazendo com que esse profissional adoença. Além disso, o trabalho terá uma qualidade reduzida (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

Falhas no processo de trabalho

A partir dos depoimentos de alguns participantes, foi possível verificar a falta de comunicação entre os profissionais gestores e assistenciais da ESF, assim como a falta de discussão e reflexão do processo de trabalho. Esse processo engloba os objetos do trabalho, os instrumentos utilizados, os atores envolvidos e as suas subjetividades, os diferentes saberes que se articulam e, também, a comunicação entre todos os envolvidos.

Cotta e colaboradores (2006) destacam a importância da atuação profissional não se tornar mecanizada, podendo levar ao desinteresse dos profissionais. Para tal, é necessário que se tenha uma melhor comunicação entre os profissionais, com uma estratégia que promova a qualificação e valorização profissional, estimulando a autonomia intelectual, resultando na melhoria do trabalho em equipe.

[...] tem muitas coisas para melhorar, eu acho que tem muitas faíscas que são gerados na comunicação tanto de um lado quanto do outro [...] (G2)

[...] Eles teriam que ter mais conversas para perguntar para os trabalhadores o que falta e o que não falta e isso eles não fazem, então para mim isso é uma fragilidade [...] (T10).

Outro aspecto mencionado pelos participantes, no que se refere ao processo de trabalho, foi a alta burocratização e a verticalização das normativas provenientes do Ministério da Saúde, sendo possível visualizar nas falas dos gestores.

[...] ocorre em algumas coisas mais verticalizadas por que vem do Ministério da Saúde, passa pelo Estado e depois chega no município e tem que ser feito por mais que aquele profissional que está lá na ponta diga que não há condição de fazer [...] (G1).

[...] a grande fragilidade que nós temos é a grande burocracia que se enfrenta para liberação de recurso e contratação de serviços [...] (G4).

O Brasil, sendo um país com diversas realidades, diferentes culturas e uma complexa forma de gerir o SUS, tem diferentes problemas de saúde e deve se perpassar por cada esfera de governo, união, estado e município, de forma que permita encontrar a coerência nas ações a serem realizadas de acordo com a demanda de cada região e território ao longo do país. Não obstante, os achados da pesquisa vão ao encontro de Barra (2013). O autor destaca que o aparato governamental brasileiro é marcado pela verticalização, burocratização, pelo corporativismo e pela setorialização do setor da saúde. Embora exista um imenso esforço por parte dos governos, ainda se observam dificuldades no que se refere à verticalização das ações em saúde.

Falta de investimento na saúde

Foi observada, como uma das fragilidades, a falta de recursos e o investimento na saúde, por parte da união e estado, percebido tanto nas falas de trabalhadores quanto de gestores. A desvalorização e não investimento na saúde não é exclusiva do município do Rio Grande, podemos observar, em estudos que abordam a temática, que o principal fator da situação atual da saúde, no país, é a falta de investimentos no setor. Fato atrelado à ausência de verbas e à corrupção que assola o país fragiliza, ainda mais, o sistema de saúde (BATISTA; CRUZ, 2018).

[...] o que mais dificulta o processo é que não temos recursos para desenvolver as tarefas, muitas vezes por falta material, de viatura, de mão de obra e de espaço físico. E nós temos que aceitar, entre outras, o dia-a-dia assim [...] (G4).

[...] a grande fragilidade que nós temos é a grande burocracia que se enfrenta para liberação de recurso e contratação de serviços [...] (G4).

É possível observar que a situação de trabalho dos profissionais atuantes no SUS tem se instalado na questão da falta de recursos técnicos e de materiais de trabalho, como também na questão salarial e na desvalorização de carreira profissional. Na visão de Cotta e colaboradores (2006), os profissionais têm se mantido à mercê da instabilidade político-partidária, que acarreta diferenças entre governos que se sucedem no poder e as consequências dessas mudanças. Nesta perspectiva, entende-se que o fortalecimento da ESF e de um trabalho qualificado demanda a definição de objetivos que busquem a ampliação dos serviços prestados, investimento na infraestrutura e nos insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho, investimento nos recursos humanos, tanto no sentido da remuneração quanto da valorização e da capacitação dos profissionais.

Potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no eixo da Participação Social

Esta categoria foi dividida em subcategorias, a partir das quais se analisaram as potencialidades da ESF no âmbito da Participação Social. Dentre elas, os participantes relataram que o Conselho Local de Saúde é um espaço para reivindicar direitos e uma forma de interação entre os profissionais e usuários. Observou-se, também, a participação da comunidade nas atividades do conselho local, sendo essa fundamental para o bom funcionamento da unidade de saúde.

Conselho local de saúde como um espaço para participação da comunidade

Todos os grupos participantes da pesquisa relataram que o Conselho Local de Saúde é um espaço para a comunidade reivindicar direitos, dar sua opinião, críticas. Ademais, um espaço para informação e interação entre os profissionais e usuários.

[...] para saber para onde está indo a verba e o que eles estão fazendo [...] (T11).

[...] uma reunião com a comunidade para discutir problemas, a partir do momento que tu tem o conselho gestor (local) se tem uma sistematização da sua participação social (T14).

[...] para mim o conselho é como uma forma oficializada de participação social [...] interagir com os profissionais da saúde, compartilhar problemas [...] (G1).

[...] porque pelo menos a pessoa fica por dentro do que está acontecendo [...] (U2).

Concordando com Raichelis (2006), que destaca esse espaço como local de participação coletiva e de criação de novas relações entre governos, profissionais e comunidade, com espaços de debates, estabelecimento de negociação e pactuações.

Valorização do conselho local por parte da equipe

Os participantes deste estudo relataram que, em algumas unidades de saúde, o conselho é um espaço muito valorizado pelos trabalhadores da equipe. Esses consideraram que a participação social é fundamental para o bom funcionamento da unidade, referindo que o usuário não realiza essa participação somente nas reuniões do conselho, mas também durante as consultas e conversas com os profissionais.

[...] para mim ele (refere-se ao usuário) é um membro da equipe aqui a gente trabalha com o conselho gestor e o nosso conselho é bem atuante está sempre junto com a equipe buscando as soluções dos problemas [...] (T14).

[...] eu acho que a participação deles (referindo-se aos usuários) é o que faz o nosso trabalho ser desenvolvido [...] (T18).

[...] na realidade as pessoas mesmo quando não se unem para procurar uma resposta, elas estão também participando, alguns lugares não tem (referindo-se ao conselho local) mas as pessoas não deixam de buscar contestações e a gente tenta através de conversa, de reuniões e do contato com a população [...] (G2).

Souza e Kruger (2010) destacam a importância das discussões no âmbito local sobre as políticas de saúde, além do papel fundamental da participação da comunidade em levantar questionamentos ou informações necessárias para o planejamento e para a implementação da política de saúde no município. Essa participação amplia o acesso a informações, discussões dos problemas de saúde na comunidade e as possíveis soluções. Acredita-se que o conselho local de saúde é um espaço fundamental para o efetivo exercício do controle social, sobretudo, pelo papel educativo exercido junto à população, ao mostrar a possibilidade da real efetivação da participação da sociedade em gestão compartilhada entre usuários, trabalhadores e gestores nas políticas públicas.

Fragilidades da Estratégia de Saúde da Família no eixo da Participação Social

No que se refere às fragilidades da ESF, na perspectiva da Participação Social, foram elencadas subcategorias que destacaram a falta de conhecimento da população quanto à participação social e a falta de interesse da comunidade a qual não adere aos espaços oferecidos pelas UBSFs, como os Conselhos Locais de Saúde.

Déficit de informação acerca do Conselho Local de Saúde

Observou-se a falta de conhecimento desse espaço por parte dos usuários em relação à existência/função ao Conselho Local de Saúde. A maioria dos participantes usuários referiu o não conhecimento do espaço de participação social, o que vai de encontro com Cotta e colaboradores (2010), que, também, relatam, em sua pesquisa, que os conselhos são desconhecidos por grande parte dos cidadãos, o que demonstra distanciamento dos conselhos com a população de forma geral. Os autores, ainda, salientam o caráter da participação como um processo que se constrói participando. Um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão.

Comunicação frágil e a não adesão da comunidade

Identificou-se, nas falas dos trabalhadores, a não participação da comunidade nas reuniões de Conselho Local, denotando a falta de interesse da comunidade, a qual não adere aos espaços oferecidos pelas UBSFs. Isso pode ser explicado, também, pelo fato da população não ter um olhar coletivo, muitas vezes, focado, somente, no individual e nos aspectos curativos.

[...] bem difícil essa participação se disseram que vão ganhar uma consulta ou se vão ganhar alguma coisa eles (referindo-se aos usuários) vêm [...] (T4).

[...] eu acho bem importante, mas a gente já tentou de tudo e não consegue fazer com que a comunidade participe [...] (T2).

[...] Eles não conseguem ter um olhar coletivo então eles vem para reunião querendo saber do seu especialista, do seu exame e não existe o movimento da comunidade mesmo [...] (T13).

Souza e Kruger (2010), também, discutem esse contexto atual de crise social, política e econômica, dando ênfase às necessidades individuais, deixando a coletividade de lado. E é nesta conjuntura que os Conselhos Locais estão se estruturando. Os autores perceberam que os usuários, após um dia longo de trabalho, sentem-se sem disposição para participar das reuniões do Conselho Local.

Foi observado, também, em algumas unidades, uma falha na comunicação entre profissionais e usuários. Apesar de os profissionais relatarem a relevância desses espaços, ainda existe uma lacuna, de modo que os profissionais de saúde não divulgam de maneira adequada os espaços dos conselhos locais, não destacando para o usuário o conselho local como um espaço importante de participação social. Essas considerações podem ser visualizadas nas falas das participantes G3 e G4.

[...] Acho que ainda temos a fragilidade de não saber nos comunicarmos com as pessoas do território, ainda temos uma inabilidade de respeitar as características de cada um, as suas histórias de vidas [...] (G4).

[...] Eu ainda acho que a comunidade por falta de conhecimento, talvez ela também tem muito receio de assumir essa posição, eles acham que é muita responsabilidade[...] (G3).

Pereira (2003) relata, em seu estudo, que ainda há um impasse que dificulta a comunicação efetiva entre profissional e usuário. A ênfase predominante dessa comunicação está na transmissão de informações, com o objetivo de impor comportamentos a serem adotados pelos indivíduos, sendo, muitas vezes, pautada em uma postura autoritária e coercitiva por parte dos profissionais.

Considerações finais

Ao propor este estudo, buscou-se identificar as potencialidades e as fragilidades do funcionamento da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio Grande, na perspectiva da Gestão e da Participação Social. Entendendo a gestão como principal responsável pelo direcionamento do trabalho desenvolvido pelas equipes da UBSFs e a participação social como uma forma de gestão sobre a política de saúde, por meio da participação nos Conselhos Locais e Municipais, exercendo o controle social.

Neste estudo, foi possível perceber que um dos potenciais da gestão da ESF é o fato de os profissionais da gestão da ESF serem qualificados para ocuparem esse cargo e o fato de essa coordenação ser constituída por profissionais que já vivenciaram o processo de trabalho nas UBSFs. Neste sentido, a gestão da ESF é considerada um suporte para os trabalhadores que estão nas unidades de saúde, assim como um organizador do processo de trabalho.

No entanto, identificou-se, como fragilidade, a carência de recursos humanos e a falta de investimento na saúde, condições essas que acabam influenciando, de forma negativa, a saúde dos trabalhadores e a qualidade dos serviços da ESF.

Cabe salientar que, sem o investimento de recursos humanos, na melhoria das condições de trabalho e nas relações entre gestores e trabalhadores, a ESF pode ter o seu potencial diminuído. Da mesma forma que a falta de comunicação e valorização entre os profissionais da ESF, assim como a não discussão e reflexão do processo de trabalho associadas à alta burocratização e verticalização das normativas provenientes do Ministério da Saúde, também contribuem para este tipo de fragilidade.

Seguindo este raciocínio, é válido destacar que a atuação dos profissionais da saúde deve ser mantida de forma dinamizada, cabendo aos gestores proporcionar espaços que promovam a qualificação e a valorização desses profissionais, estimulando sua autonomia e a melhoria da comunicação entre os atores desse serviço, o que resultará em um trabalho mais resolutivo e de qualidade.

No que se refere às potencialidades da ESF, no âmbito da participação social, o conselho local de saúde é um espaço para a comunidade reivindicar direitos, dar sua opinião e, também, informar os profissionais e usuários do serviço e inteirar-se. Foi possível identificar a valorização desse espaço por alguns profissionais que consideram a participação social como fundamental para o bom funcionamento da unidade de saúde.

Os resultados obtidos contemplaram o objetivo da pesquisa e tal é de relevância no estudo da Estratégia Saúde da Família, principalmente, se levada em consideração a importância da gestão como suporte para os trabalhadores, organizando e gerindo o processo trabalho e a participação Social como forma de gestão e, também, de controle desse sistema tão amplo e complexo.

Ainda que tenha sido satisfatória, a realização deste estudo, bem como os resultados encontrados, é válido destacar que, durante sua realização, foi necessário transpor alguns obstáculos, tais como: dificuldade em conseguir que os profissionais trabalhadores e gestores conciliassem seus horários para a coleta de dados, devido à alta demanda no trabalho. Ademais, foi uma limitação do estudo o fato de os usuários não terem entendimento do que é participação social.

Conclui-se, então, que ainda temos grandes desafios para contemplar a melhoria da ESF quanto à gestão e à participação social. Portanto, deve ser levado em consideração que todos os atores devem se empenhar neste processo de qualificação da ESF, os gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 03, n 01, p 01-03. Jan-jun. 2007. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4232440/mod_resource/content/1/APS%20e%20o%20processo%20de%20trabalho%20em%20sa%C3%BAde.pdf>. Acessado em: 10/05/2020.

BATISTA, M.P; CRUZ, W.O.O. **O caos na saúde pública brasileira. Falta de recursos ou efeitos decorrentes da corrupção?** Disponível em <http://ufr.br/direito/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=263:o-caos-na-saude-publica-brasileira-falta-de-recursos-ou-efeitos-decorrentes-da-corrupcao-autor-marina-pacheco-batista-coordenador-do-artigo-prof-me-edival-braga&id=60:2016-2&Itemid=314> Acesso em 11/05/2020.

BARRA, S. A. R. Gestão Da Estratégia Saúde Da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade. **Dissertação. Programa de Pós-Graduação Em Serviço Social**. Juiz de Fora, 2013.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. Disponível em

<https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acessado em 11/05/2020.

_____. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2014.

CAMPOS, G. W. S. CAMPOS, T. O. Gestão em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acessado em 11/05/2020.

CASTRO, M.M; Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- **Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis [online]**. Vol.14, n.1, pp.41-65. ISSN 1809-4481. 2004.

Cotta, R.M.M; Cazal, M.M; Martins, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. [Internet]. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.15, n.5, p.2437-45. 2010.

DANTAS, T.C.C; MELO, M.L.C. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. **Rev. Bras. Enfe.**, v. 54, n. 3, p. 494-99 Brasília, julh/set. 2001.

DUARTE, M.L.C; AVELHANEDA, J.C; PARCIANELLO,R.R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.** v.18. n. 2. p. 323-30. Abr/jun, 2013.

FERNANDES, L.C.L; MACHADO, R.Z; ANSHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1541-52, 2009.

FERTONANI, H. P., PIRES, D. E. P. de, BIFF, D.,SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.20, n.6, p.1869-78. 2015.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**. 2019. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/rio-grande.html>> Acesso em 13/05/2020.

MELO, L.M.L.; MOIMAZ, S.A.S; GARBIN, A.J.I; SALIBA, N.A. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**. 2(1) p.42-55. 2016.

OLIVEIRA, M.P.R; CARVALHO, I.H.C; MENEZES, F.A; SOUZA, L.M; PEIXOTO, M.R.G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

FURG. Fundação Universidade do Rio Grande. Projeto Político Pedagógico PPP. Residência Multiprofissional de Saúde da Família – FURG. Disponível em: <<http://www.eenf.furg.br/images/RMSF/ppp-rmsf-ultima-versao.pdf>> Acesso em: 11/05/2020.

RAICHELIS, R. **GESTÃO PÚBLICA E A QUESTÃO SOCIAL NA GRANDE CIDADE**. Lua Nova, São Paulo, 69: p. 13-48, 2006.

SOUZA, A.V; KRUGER, T.R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

SEVERO, S.B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, supl. 1, p. 1685-98. Rio de Janeiro, 2010.

IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Amanda Gayer Minho
Cesar Francisco Silva da Costa

Introdução

A saúde no Brasil, com o decorrer dos anos passou por diversas transformações, desde o controle das doenças contagiosas, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até o movimento da reforma sanitária, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como base a Conferência de Alma Ata, a qual surge com um sentido mais abrangente sobre saúde, que é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, educação, trabalho, transporte, meio ambiente, liberdade e acesso aos serviços de saúde, sendo o resultado das formas de organização social (BRASIL, 1986; BARZAGHI, *et al.* 2011).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, fica estabelecido que este novo sistema deve ser coordenado por um único ministério, seguindo o princípio da descentralização na gestão dos serviços. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, aprova importantes questões presentes no relatório da Conferência, a qual traz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas de redução do risco de doença, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988; BARZAGHI; *et al.*, 2011).

Este novo modelo de saúde que aparece, na Constituição de 1988, é o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado a partir da Lei 8.080, de 1990, resultado de um Movimento de Reforma Sanitária do Brasil, sendo considerado uma conquista para a sociedade brasileira no que diz respeito ao setor da saúde e das políticas sociais. O SUS é organizado sob as diretrizes de descentralização, atendimento integral e igualitário, e participação da comunidade. Pode-se dizer que, comparando os dias de hoje com 30 anos atrás, houve uma melhora nos termos de promoção da saúde e de prevenção de agravos, no Brasil, após sua criação, como também a disponibilidade de serviços de média e alta complexidade (CORDEIRO; SANTOS; NETO, 2012).

Desde a sua criação, o SUS vem apresentando diversos avanços, como: a universalização da atenção à saúde através da Atenção Básica à Saúde (ABS), também conhecida como Atenção Primária a Saúde (APS), tendo como destaque a Estratégia de

Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2015).

A estratégia de mudança do setor de saúde do Brasil é o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual é uma substituição da atenção básica tradicional, de acordo com os preceitos do SUS, voltada à defesa da vida do cidadão. A partir de então, coloca-se como estratégia central, reorganizando o processo de trabalho em saúde, mediante ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; baseada na integralidade e na hierarquização da atenção, territorialização, cadastramento da população e trabalho com equipe multiprofissional (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009a; FIGUEIREDO, 2012).

A ESF constitui-se como uma estratégia de reorganização da atenção básica no País, o qual possui como objetivo resolver os problemas de saúde da comunidade, através do cuidado integral dos indivíduos e das famílias (BRASIL, 2009a).

Vale ressaltar que, dentro do processo de trabalho do SUS e das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), encontramos a clínica ampliada, com a proposta de se construir em uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas (BRASIL, 2009b). A clínica ampliada busca fazer escolhas singulares e de forma compartilhada, com o paciente e com outros profissionais, que envolvam o acolhimento e o atendimento integral. Ampliar a clínica significa reconhecer o que é necessário para cada indivíduo e para cada coletivo em cada momento. O trabalho multiprofissional das unidades de saúde da família deve estar intimamente ligado à clínica ampliada, podendo, dessa forma, compartilhar conhecimentos para melhor atender ao usuário do sistema (BRASIL, 2011; LUZ; *et al.*, 2016).

Dentro das competências do SUS, encontra-se a formação de trabalhadores para a área da saúde, o incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico, a formação para o trabalho e a manutenção de escolas para formação e aperfeiçoamento dos servidores públicos. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa, uma das estratégias de formação para o trabalho em saúde são as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), criadas a partir da Lei 11.129 de 2005, sendo uma modalidade de pós-graduação lato sensu, que propõe a integração entre diversas profissões dentro dos serviços de saúde, orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MAIA; *et al.*, 2013).

Em acordo com essa proposta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, em relação à formação para o SUS, a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), a Escola de Enfermagem em parceria com outras unidades administrativas, tais como, o Instituto de Educação (IE) e o Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI), entre outras, implantou, em 2010, a Residência Multiprofissional de Saúde da Família (RMSF) e a Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar, com ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS). As residências multiprofissionais, na FURG, tem por

objetivo a cooperação interinstitucional entre Educação e Saúde, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais recém-graduados em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (FURG, 2020).

A RMSF busca qualificar profissionais, Enfermeiros, Psicólogos e Educadores Físicos para a área da saúde, a partir da inserção desses nos serviços de saúde, propondo atividades teóricas e práticas, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS. As atividades práticas são desenvolvidas junto às equipes de Saúde da Família da Secretária Municipal do Rio Grande – RS, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (FURG, 2020).

A unidade básica de estratégia de saúde da família RMSF, alocada entre os anos de 2016 a 2018, possuía um território de abrangência, conforme prontuários da UBSF, de, aproximadamente, 5 mil usuários, entre esses, um número crescente de usuários com idade superior a 60 anos.

Neste sentido, é válido destacar que há um grande processo de transição populacional, marcado pelo aumento no número de idosos em todos os continentes. O aumento dessa população gera mudanças profundas nos modos de pensar e viver o envelhecimento. As expectativas mostram que, em algumas décadas, haverá mais idosos que crianças e adolescentes. O envelhecimento, anteriormente considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades, podendo-se dizer que o mundo está em processo de envelhecimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Nesse processo, há, também, a transição epidemiológica, definida como a mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população, havendo diminuição dos óbitos por doenças infectocontagiosas e aumento dos óbitos por doenças crônicas. Uma população, em acelerado processo de envelhecimento, significa um aumento relativo das condições crônicas, principalmente, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acometem, em maior escala, o segmento populacional de maior idade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade da pessoa idosa. Dentre as principais doenças crônicas que afetam os idosos, estão:

doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças musculoesqueléticas, doenças mentais e diminuição da visão/cegueira (WHO, 2005).

O atendimento multiprofissional é uma estratégia para tornar a assistência mais qualificada, efetiva e segura para o usuário. Além disso, é possível promover diferentes ações que resultem em benefícios clínicos e sociais aos pacientes. E, para a população idosa, a atuação multiprofissional promove inúmeros benefícios, como: melhor controle alimentar e controle do peso, diminuição de fatores de risco para doenças cardíacas, reabilitação de doenças musculares e articulares, e assistência as questões sociais e familiares (MAIA; *et al*; 2013; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN; 2013).

Diante desta realidade, com relação à pessoa idosa e aos serviços de saúde, é possível perceber a importância do atendimento multiprofissional em assistir este seguimento populacional. Nesse sentido, nasceu a questão de pesquisa para este estudo.

Quais as potencialidades da RMSF em atender à população idosa, tendo como estratégia principal ações com os profissionais das áreas de enfermagem, educação física e psicologia?

Para responder a esta questão, foi realizado um estudo que teve como objetivo identificar as potencialidades da consulta multiprofissional para a população idosa na Estratégia de Saúde da Família segundo os próprios idosos; e demonstrar a importância da consulta multiprofissional para a população idosa.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa (MINAYO, DELANDES, 2009), desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Castelo Branco I, campo de prática dos residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, entre os anos de 2016 e 2018, localizada na Rua Irmão Isicio nº 101, Bairro Castelo Branco. Mais especificamente, foi realizado na área 05, do território adscrito, sendo a área de atuação da residente pesquisadora.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e setembro de 2018, sendo os participantes do estudo, idosos de ambos os sexos, com diagnóstico recente, nos últimos 6 meses (conforme prontuário) de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Essa opção justificou-se por ser um segmento populacional que vêm em acelerado crescimento, modificando o perfil demográfico do país. E a opção de apresentarem duas doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes é pelo fato de que essas são as comorbidades mais prevalentes na população idosa (RAMOS; CENDOROGLIO, 2011).

Os dados referentes ao diagnóstico recente de DCNT foi a partir dos prontuários da UBSF, os quais, também, foram utilizados para anotações oriundas das consultas.

O método para a escolha baseou-se no fato de os idosos participantes serem frequentadores da unidade de saúde e residentes na área 05, do território adscrito, de acordo com a microárea, iniciando com os idosos que residiam mais próximo da unidade de saúde, levando em consideração a questão do acesso, até atingir o número desejado de 16 participantes conforme a capacidade de demanda possível a ser atendida.

No mês de maio, por questões de calendário e agendamento de consultas com a presença de todos os residentes envolvidos, foi percebido que seria possível atender, apenas, 12 idosos. Ressalta-se essa escolha para que todos os participantes do estudo tivessem a oportunidade de acompanhamento de 6 meses de atendimento multiprofissional, visto que as consultas ocorriam, apenas, uma vez por semana. Ressalta-se o

redimensionamento para doze o número de idosos a ser atendido.

A ferramenta utilizada para fazer o contato com os idosos, possíveis participantes do estudo, foi a Visita Domiciliar (VD), momento em que foram convidados e aceitaram participar 12 idosos, para os quais já foi informada a data da primeira consulta multiprofissional.

Dando sequência, foi realizado o primeiro encontro no mês de maio, no entanto compareceram apenas 11 idosos. Portanto, consideramos, até este momento, como perda o idoso que não compareceu à primeira consulta. Como atividade do primeiro encontro, foi solicitado ao idoso que lesse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o entregasse à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

E por fim, realizada a primeira consulta, da qual fez parte a aplicação do histórico de enfermagem, de educação física e o de psicologia, reavaliados ao longo das consultas, e produzidos pelos residentes, levando em consideração o perfil dos participantes. No decorrer das consultas, foram abordados temas referentes à saúde da pessoa idosa, tendo como foco a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, agindo sobre as necessidades humanas básicas afetadas.

Além da abordagem sistêmica e generalista, após a segunda consulta, foi possível traçar os planos individuais, levando em consideração as necessidades específicas de cada idoso, como tratamento de lesões (pré-diabético), saúde da mulher, sexualidade, autoestima, depressão, mobilidade, entre outros, sendo esses trabalhados individualmente nas consultas subsequentes, não deixando trabalhar demandas atuais trazidas pelo usuário.

Ao longo das consultas, houve a perda de quatro participantes. A primeira perda foi em relação ao idoso que faltou já na primeira consulta; posteriormente, dois idosos que concordaram em participar do estudo, porém faltaram três consultas consecutivas; e um caso em que o idoso apresentou piora do quadro clínico, tendo dificuldade de locomover-se até a unidade para a realização das consultas, ficando, portanto, o número total de 8 participantes (idosos) até o final do estudo.

Cabe salientar que, embora este último idoso não tenha feito parte do estudo, a ele foi dada continuidade de assistência por meio de visitas domiciliares.

A ação configurou-se em consultas individuais, com duração aproximada de uma hora, uma vez por mês, tendo cinco meses de acompanhamento, com início em maio de 2017 e término em setembro de 2017. As consultas foram realizadas em uma das salas de consultas na própria UBSF, com o atendimento de, no máximo, quatro idosos, e esses retornaram em um mês com pré-agendamento com os profissionais específicos, conforme necessidade do idoso. Foi considerada consulta multiprofissional quando pelo menos dois residentes de áreas profissionais diferentes estiveram presentes, necessariamente, entre esses, a pesquisadora. Ressalta-se que os profissionais participantes foram os mesmos do início ao fim do acompanhamento.

Sempre que identificado, durante as consultas multiprofissionais, algum sinal ou sintoma compatível com diagnóstico de patologias, o idoso foi encaminhado à equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) da unidade. Após o término do acompanhamento (cinco consultas), os idosos foram entrevistados, utilizando um questionário semiestruturado para que fosse possível identificar a importância da consulta multiprofissional (APPOLINÁRIO, 2012, p.140).

A coleta de dados foi realizada a partir da técnica de entrevista semiestruturada, com a utilização de um questionário igualmente semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas ocorreram somente após o término das consultas de todos os idosos, sendo realizadas pela residente pesquisadora. As entrevistas foram individuais, agendadas previamente em dia e hora, conforme disponibilidade dos participantes, ocorridas em uma sala de consulta da UBSF. Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas após o término da última consulta para não haver a necessidade do deslocamento do idoso à unidade de saúde apenas para a realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas por meio da técnica de gravação, a qual garante que o arquivo de áudio preserve o conteúdo original e o maior número de informações. Utilizou-se, também, o diário de campo. As entrevistas tiveram duração média de 5 minutos, e, após, foram transcritas evitando os vícios de linguagem.

A análise dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo. Assim, a análise foi realizada após a transcrição e a digitação dos dados coletados a partir da realização das entrevistas e das anotações no diário de campo. As questões abertas foram transcritas e analisadas em que o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados, buscando as relações entre as partes que foram decompostas (MINAYO; DELANDES, 2009).

O presente estudo respeitou os aspectos éticos, sendo garantida a proteção dos direitos humanos, em acordo as recomendações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG), com Parecer Nº 10/2017, e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), da Secretária Municipal do Rio Grande/RS, com Parecer nº 002/2017. Vale destacar que, para manter o anonimato dos idosos participantes do estudo, esses foram identificados pelas siglas P1, P2, ... P8.

Resultados e discussão

Primeiramente, foi traçado um perfil dos idosos participantes do estudo em relação a sexo, à idade, à situação sociofamiliar e ao histórico de doenças.

Evidenciou-se que, em relação ao sexo, 6, o que corresponde a 75%, são do sexo

feminino e 2, que corresponde a 25% do sexo masculino. A idade dos participantes situou-se entre 61 e 80 anos. Na questão sociofamiliar, levou-se em consideração se mora sozinho, com familiares, ou companheiros, sendo constatado, neste item, que 5 participantes residem com esposo (a) e 3 residem com seus familiares (netos, irmãos). Em relação ao histórico de doenças, apareceu, em maior quantitativo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e a Osteoartrose. Em menor frequência, identificou-se Acidente Vascular Cerebral, Epilepsia, Glaucoma, Obesidade e Doença Cardíaca. (Quadro 1).

No Brasil, cerca de 50% da população idosa apresenta diagnóstico de hipertensão arterial, a qual possui forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 60% dos casos de doenças cardíacas (MEIRELES, *et al*, 2007). Associado ao processo de envelhecimento, observa-se o surgimento das doenças crônico-degenerativas, tais como, a doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonias, bronquites, entre outras. Vale ressaltar, também, as doenças reumáticas, muito comuns nessa faixa etária, as quais provocam alterações funcionais no sistema musculoesquelético de causa não traumática, como Osteoartrose, Osteoporose, Fibromialgia, Artrose, Artrite, entre outras (PEREIRA, 2012).

Com a implementação da consulta multiprofissional ao idoso, foi proporcionado um atendimento humanizado e resolutivo, com foco em todos os aspectos relacionados à saúde dessa população, levando em consideração os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Acredita-se, portanto, que a consulta multiprofissional proporcionou ao usuário uma atenção de melhor qualidade.

Com relação a esse aspecto, Martins e colaboradores (2014, pg. 5) reforçam que o profissional de saúde preocupa-se, cada dia mais, com a qualidade da atenção oferecida aos usuários que buscam por atendimento. Atendimento este, realizado de forma individualizada, no contexto familiar e coletivo, proporcionando aos idosos uma satisfação com a assistência a ele prestada.

Analisando o grau de aceitação e satisfação dos usuários idosos que participaram de nosso estudo em relação à consulta multiprofissional, esses apresentaram-se satisfeitos, como pode ser visto nos relatos abaixo:

Achei ótimo é bem esclarecedora, cada vez que eu converso com vocês, vai me alertando sobre alguma coisa [...] (P1)

Eu achei maravilhosa, gostei muito, foi uma excelente ideia [...] (P2)

Acho que foi ótima, foi muito bom para mim, eu consegui fazer coisas que eu não fazia antes, foi muito bom [...] (P3)

A partir desses relatos, percebe-se que os idosos se sentiram satisfeitos em relação à consulta multiprofissional. Vale ressaltar que, após as consultas, os idosos foram

questionados em relação ao seu grau de satisfação: 1 6 - que corresponde a 75% dos participantes, referiram-se muito satisfeitos; 2 - que corresponde a 25%, referiram-se satisfeitos com as consultas. Assim, percebe-se que o processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional, nesse aspecto, foi satisfatório.

O resultado acima corrobora com Peduzzi (2007) ao afirmar que a interação dos diversos profissionais ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, da comunicação, e busca o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos. Bem como com Pereira; Rivera; Artmann (2013), quando consideram ser, na busca pela integralidade de atenção à saúde, que a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional se transforma em unidade produtora de cuidados, necessitando de novas formas de mobilização do coletivo que superem o isolamento das práticas dos distintos profissionais, concorrendo para sua integração.

Quando questionados em relação á fragilidades da consulta multiprofissional ou solicitado sugestões, os participantes referiram que o modelo como essas foram desenvolvidas estava adequado e que suas necessidades foram todas atendidas, como é possível observar em suas falas:

[...] estava tudo bem [...] acho que não precisa incrementar nada, que está tudo bem certo.
(P7)

[...] eu não tenho sugestões, só que vocês continuem o que estão fazendo, foi uma maravilha
[...] (P6)

Está ótimo esse formato que vocês fizeram [...] (P1)

Nesse aspecto e diante das respostas dos participantes, concordamos com Martins e colaboradores (2014) em que a consulta multiprofissional deve ser vista como um fator transformador da qualidade de saúde do indivíduo idoso, tendo uma visão positivista da saúde, não apenas a ausência de doença. “A saúde das pessoas em geral e em especial a dos idosos merece ser tratada de forma holística, com ações integradas de profissionais capacitados [...]” (MARTINS, *et al*; 2014).

Durante as consultas, foram abordados temas como o uso correto das medicações; atividade física na terceira idade; hábitos alimentares saudáveis; prevenção de acidentes. Como também, realizado o Teste do Monofilamento, o qual todos os participantes obtiveram como resultado ausência de neuropatia diabética. Foi realizado, também, exame das mamas, com solicitação de mamografia para as mulheres e de exames laboratoriais para os participantes - os quais os haviam realizado há mais de um ano.

Ao final das consultas, foi possível observar que 4 - que correspondem a 50% dos participantes que apresentavam variação da pressão arterial, acima de 150x90 mmHg, mantiveram-se em torno de 140x80 mmHg. (Quadro 2)

QUADRO 1: Variação da Pressão Arterial ao longo das consultas

Participantes	1ª consulta	Última consulta
P1	170X100 mmHg	140x80 mmHg
P3	170X90 mmHg	130x80 mmHg
P4	160X100 mmHg	140x80 mmHg
P6	150x100 mmHg	120x80 mmHg

Estudo realizado em Manaus/AM, por uma equipe de residentes multiprofissionais, em uma unidade básica de saúde, com um grupo de idosas e com um grupo de gestantes, demonstra que a consulta multiprofissional resultou em uma redução de peso de massa corpórea em mais de 50%, como também na redução e no controle da glicemia capilar e pressão arterial em 46% (MAIA, *et al*; 2013).

Acredita-se que o espaço para integração social e atividade física ou de lazer, possua enorme influência sobre a qualidade de vida, pois contribuem para o atendimento das necessidades primárias do ser humano como afeto, sentir parte de uma sociedade, segurança de não estar só, assim como o apoio prático, o que para uma pessoa idosa é de suma importância. (MAIA, *et al*; 2013, pag. 5).

Ao longo das consultas, os participantes eram orientados acerca do uso correto da medicação (adesão ao tratamento), dos hábitos alimentares e da prática de atividade física. É possível correlacionar esses três assuntos ao controle da pressão arterial, tendo em vista a diferença dos níveis pressóricos da primeira consulta para a última.

Gusmão e Mion Júnior (2006), em seus estudos, baseando-se em uma revisão integrativa, reforçam que a adesão ao tratamento está totalmente correlacionada ao envolvimento do paciente, às crenças, aos hábitos alimentares, aos hábitos de vida e cultura, à característica da doença e à integração com a equipe de saúde. Segundo Grezzana, Stein e Pellanda (2013, p.6), “outro aspecto a ser sugerido é a inclusão de uma orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS, incluindo orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico para o adequado manejo do estresse”.

Os idosos, durante as consultas, apontaram melhorias com as orientações e exercícios realizados pelo profissional de educação física, tais como, melhora do equilíbrio e flexibilidade, diminuição de dores localizadas (coluna cervical e lombar, membros inferiores e superiores) e perda de peso. Achado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Manaus/AM, em que se observou uma melhora de 80% (oitenta por cento) nas capacidades físicas básicas após atendimentos com profissional de educação física, cujos pacientes passaram a ter maior equilíbrio, coordenação, flexibilidade e força (MAIA, *et al*; 2013).

Concordamos com Maia e demais autores (2013) quando relatam que a integração social e a atividade física e o lazer possuem uma grande influência sobre a qualidade de vida da população idosa, pois auxilia no atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa.

Com a aplicação da Escala de Capacidade Funcional, foi-nos possível avaliar os participantes quanto à realização de atividades instrumentais e de atividade de vida diária. Percebeu-se que, em relação às atividades de vida diária, os idosos são independentes, já, em correlação às atividades instrumentais, 3 correspondem a 37% dos participantes que necessitam de ajuda. A capacidade de satisfazer as necessidades alimentares, as de autocuidado, as de vestir-se sozinha e as deambular sem auxílio geram um sentimento de independência e de satisfação ao idoso por poder cuidar-se. (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

Os participantes, em sua totalidade, quando questionados se a consulta multiprofissional trouxe benefícios, verbalizaram que sim, relacionando esses ao alívio da tensão, o sentimento de sentir-se acolhido, próximo aos profissionais da unidade, de possuir um momento para desabafo e diminuição do nível de ansiedade. Foi possível observar que, nesse período de 5 meses, houve a criação do vínculo entre os participantes e os profissionais envolvidos nas consultas.

Vale ressaltar que, em relação aos itens elencados como benefícios, pelos participantes, esses estão, na maioria das vezes, relacionados a uma Escuta Terapêutica - vista como uma intervenção de saúde, que, segundo Mesquita e Carvalho (2014), esta é apresentada como uma intervenção de qualidade que proporciona bem-estar usuário.

Alguns autores (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003, p.4), há vários anos, reforçam a ideia de que “a escuta terapêutica se justifica, primariamente, pela necessidade que toda pessoa tem de se comunicar, de compartilhar seus sentimentos, ideias, expectativas e situações [...]”. A escuta terapêutica é uma ferramenta necessária para o processo de mudança da atenção à saúde, pois possibilita que pessoa ajudada seja protagonista de seu cuidado.

Conclusão

O profissional de enfermagem, ao realizar uma consulta à população idosa, gera uma ampliação da atuação do enfermeiro dentro de uma unidade básica de saúde da família, promovendo ações de promoção e prevenção a este segmento populacional, que possui certas particularidades. Esta possibilita uma melhor interação entre o idoso-enfermeiro, efetuando um cuidado de qualidade, desenvolvido através de um atendimento ao idoso e à família.

Entre as ações de atuação, é possível identificar que a prática de atividade física proporciona ao idoso a manutenção de sua capacidade funcional, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. Essa deve ser estimulada durante as consultas voltadas à pessoa idosa, por proporcionar benefícios na realização de atividades de vida diária, além de haver uma melhora da força muscular, equilíbrio, flexibilidade, resistência, como também a interação social, melhorando, assim, a saúde biopsicossocial.

Foi possível identificar, também, com este estudo, que a inclusão do profissional de psicologia, nas unidades básicas de saúde da família, promove uma escuta aprimorada, centrada nas necessidades da população idosa. O atendimento de psicologia voltado a essa população torna-se um espaço valioso para que os idosos enfrentem, de maneira satisfatória, os desafios trazidos por essa fase da vida.

No contexto geral, como aprendizado na realização dessa pesquisa, percebemos que o atendimento multidisciplinar oferece uma assistência integral, humanizada e de qualidade à população idosa, através de ações de educação, promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e o estímulo a vida social. Vale ressaltar que a consulta multiprofissional proporcionou aspectos de extrema relevância para a formação profissional dos residentes envolvidos.

Como particularidade referente à metodologia, é válido destacar a observação de que, no decorrer das entrevistas, os idosos apresentaram dificuldade de se expressarem, sendo breves nas respostas, visto que o tempo de duração das entrevistas não ultrapassou 5 minutos. Destacamos esta consideração no sentido de que, embora já houvesse, na maioria dos casos, o vínculo com o entrevistador, esse seguimento populacional apresentou essa característica.

E, finalmente, foi-nos possível concluir que, após a realização do estudo e a partir da experiência adquirida bem como do conhecimento construído com a implantação da consulta multiprofissional da população idosa, propomos aos profissionais de saúde que considerem, quando de suas ações na atenção à saúde, a peculiaridade necessária, utilizando um olhar multiprofissional ao idoso a fim de atender a todas as questões envolvidas no processo de envelhecimento.

Como ganhos na realização deste estudo, foi de grande valia a aproximação das diferentes profissões durante as consultas multiprofissionais; esse resultado reflete na qualidade da atenção ao idoso, bem como nas trocas e no aprendizado coletivo entre os residentes multiprofissionais. Além de apresentar um resultado positivo quanto aos objetivos da pesquisa, confirmou a proposta do programa de residência, que é o aprendizado em serviço. Seria de grande satisfação se o roteiro de consulta multiprofissional para assistência à saúde da pessoa idosa pudesse ser utilizado pelos próximos residentes durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Referências

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. Editora Cengage Learning, 2ª ed. p.138, 2012.

BARZAGHI, N. A.; *et al.* **A Clínica Ampliada e a Atenção Básica: encontros com a psicologia**. 16º Encontro Nacional da ABRAPSO. 2011. Disponível em: <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/site/textoscompletos>. Acessado em: 20 de maio de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 20 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família: a clínica ampliada no contexto da atenção primária a saúde**. Mato Grosso do Sul, Editora UFMS, Módulo 10, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acessado em 21 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008** : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 416 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2008-20-anos-de-sistema-unico-de-saude-SUS-no-Brasil.pdf>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em 21 de maio de 2020.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acessado em: 20 de maio de 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acessado em: 15 de maio de 2020.

_____. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. AMORIM, C. C; PESSOA, F. S (Org.). São Luís, 2014. Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/mais_medicos20141/modulo_10/und1/media/pdf/livro.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

CORDEIRO, T. M. S. C.; SANTOS, C. L. R.; NETO, J. N. C. Sistema Único de Saúde: utopia ou realidade. Faculdade de Odontologia de Lins/ **UNIMEP. INSS**. Bahia, v. 22, p. 37-43, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/1543/1093>. Acessado em: 12 de maio de 2020.

FIGUEIREDO, E. N. A **Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS, UNIFESP. 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)**. Rio Grande, 2020. Disponível em:

<http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf>. Acesso em: 02 de maio de 2020.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arq. Bras. Cardiol.** v 100 n 4, p 355-361, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop4797.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

GUSMÃO, J.L; MION JÚNIOR, D. Adesão ao Tratamento: conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.** vol. 13, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acessado em: 13 de maio de 2020. .

LUZ, A. R., *et al.* Consulta Compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 7, p. 270-281, 2016.

MAIA, D. B.; *et al.* Atuação Interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da residência multiprofissional. **Sau. &Tranf. Soc.** Florianópolis, v.4, p. 103-110, 2013.

MARTINS, A. D. S.; *et al.* Efeitos de uma Terapia Cognitivo-Motora em Idosos Institucionalizados. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde. Pelotas-RS**, v 19, n 5, p. 608-610, 2014. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/4162/pdf212>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

MEIRELES, V.C.; *et al.* Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v.16, p. 69-80, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07/pdf>. Acessado em: 20 de maio de 2020.

MESQUITA, A.C; CARVALHO, E.C. A Escuta Terapêutica como Estratégia de Intervenção em Saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v 48, n 6, p 1127-36, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf. Acesso em: 21 de maio de 2020.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis-RJ, Vozes, 28ª ed., 2009.

NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. Capacidade de Autocuidado de Idosos Atendidos pela Consulta de Enfermagem na Atenção Secundária à Saúde. **Enferm. Cent. O. Min.** v 6, n 2, p 2199-2211, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1016/1103>. Acessado em: 15 de maio de 2020.

PEDUZZI. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p.161-77

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.327-40, 2013.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n45/327-340/>. Acessado em: 29 de maio de 2020.

PEREIRA, R.C.F. **O Enfrentamento das Doenças Crônicas em Idosos Institucionalizados na Perspectiva da Espiritualidade**. . 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4196>. Acessado em: 21 de maio de 2020.

RAMOS, L.R; CENDOROGLIO, M.S. **Guia de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

SOUZA, R.C.; PEREIRA, M.A.; KANTORSKI, L.P. Escuta Terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. Rio de Janeiro**, nº 11, p. 92 – 97, 2003.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acessado em: 21 de maio de 2020.

O ESVAZIAMENTO DO GRUPO DE GESTANTES EM UMA UBSF NA CIDADE DO RIO GRANDE/RS: ASPECTOS ASSOCIADOS E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Bárbara Coelho Nunes

Mirella Pinto Valerio

Introdução

Despontando das inquietações e dos questionamentos durante o processo de trabalho como residente de Educação Física (EF), inserida na atuação profissional junto a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi que esta pesquisa surgiu. Ademais, no querer investigar indagações que fossem parte pertencente do ensino-serviço, as quais pudessem gerar possíveis resoluções para o trabalho essencial dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), que, como residentes, pudemos ver e sentir de perto.

A inserção no processo de trabalho e, assim, dentre outras, nas atividades grupais oferecidas pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), fez gerar aproximações entre a EF e a saúde da mulher, em que me vi atuando em um cenário completamente novo e instigante. Aos poucos, a inserção no Grupo de Gestantes, no pré-natal e no atendimento ao puerpério, foram tornando-se campos de atenção cada vez mais ricos de possibilidades e potencialidades que antes não conseguia perceber.

Nesse contexto, era perceptível, ao realizarmos os grupos de gestantes, a ausência predominante das mulheres grávidas, muito abaixo do esperado, visto a quantidade de gestantes do território³¹. Acreditando na proposta, na relevância dos encontros para as mulheres nesse período e ansiando poder oferecer mais da EF, intrigou-me o pequeno número de participantes do grupo, o que me fez refletir sobre os motivos desse esvaziamento. Será que elas tinham, realmente, conhecimento sobre o grupo, dia e hora que aconteciam? O encontro fazia sentido para as mulheres? Como a Educação Física poderia aproximar a mulher gestante da UBSF?

Assim, este trabalho tem o objetivo de compreender o esvaziamento do Grupo de Gestantes, em uma UBSF, da cidade do Rio Grande/RS, buscando compreender quais

³¹ Por estar inserida no Grupo e nos atendimentos de pré-natal, pude visualizar, junto com a equipe, a diferenciação do número de gestantes assistidas pela UBSF no pré-natal. Em 2018, havia por volta de vinte (20) a trinta (30) mulheres, enquanto no grupo não ultrapassamos mais de seis (6) mulheres participantes.

aspectos estão envolvidos nessa ausência, impedindo, atrapalhando ou afastando as gestantes do grupo, a fim de buscar entender e desnaturalizar essa situação. Ademais, procuro buscar, a partir do posicionamento das mulheres, as possibilidades de contribuição da EF nesse contexto. O Grupo de Gestantes consiste em um encontro de duas horas, no turno da tarde, uma vez ao mês, entre os profissionais de saúde e as gestantes do território para troca de experiências, conversas sobre anseios e sobre dúvidas da gravidez. É realizado, na sala de reuniões da UBSF, e tem como principais objetivos o estreitamento do vínculo entre profissionais e usuários e a oportunidade de educação em saúde, por intermédio de diversas atividades, com temas³² destinados ao momento que as mulheres participantes estão vivenciando.

Para a EF, dessa forma, é perceptível que, na gravidez, a mulher está mais presente nos serviços de saúde, e a área dispõe de campo teórico que pode auxiliar no cuidado e na orientação, tanto em ações de educação para as gestantes como para a promoção do desenvolvimento dos seus bebês. Pretendo, por meio desta pesquisa, buscar as aproximações e os desafios desta relação. Olhar para essa situação com estranheza é, de certa forma, buscar compreender melhor a comunidade atendida e poder, assim, aproximar as práticas desenvolvidas na UBSF, tornando-as cada vez mais condizentes com a realidade e com as necessidades das gestantes do território, assim como nos propõem os princípios e as diretrizes do SUS.

Metodologia

O presente estudo é caracterizado pela abordagem qualitativa, a partir dos preceitos teóricos de Minayo (2013), por intermédio da pesquisa exploratória e descritiva, com delineamento transversal. Acreditamos que a presente metodologia possibilita compreender as ações, percepções, comportamentos e as interações dos indivíduos diante da manifestação pesquisada, levando em conta seu contexto. Essa postura permite reconhecer os sujeitos como únicos e próprios das suas verdades, respeitando as experiências e significados dos atores envolvidos, para, então, poder construir novos saberes (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A pesquisa foi realizada em uma UBSF, localizada na região centro-oeste do município de Rio Grande, onde se estima que cinco mil pessoas habitem o território de sua abrangência. Foram consideradas participantes da pesquisa todas as mulheres grávidas que estavam realizando o pré-natal na UBSF, no período das coletas de dados,

³² Nos encontros realizados durante o ano de 2017 (abril a dezembro), os temas para discussão no Grupo de Gestantes foram: a) mudanças físicas e psicológicas durante a gestação; b) respostas das dúvidas das gestantes do encontro antecedente sobre laqueadura e superfetação; c) maternidade real e a romantização deste momento; d) tipos de parto, fisiologia do parto, trabalho de parto e exercícios para preparação; e) o que levar para maternidade?; f) puerpério: novos papéis e desafios; e g) encontro entre gestantes e puérperas.

contabilizando dezenove mulheres. Ocorreram duas exclusões devido à mudança de residência das gestantes para locais fora da área de abrangência da atuação da UBSF, sendo assim, não realizavam mais atendimento ao pré-natal no campo de estudo. Além disso, tivemos duas perdas: uma das participantes teve parto prematuro e estava hospitalizada durante a coleta de dados; outra gestante evadiu do pré-natal, não respondendo à Busca Ativa³³. Sendo assim, o estudo refere-se a uma amostra de quinze participantes.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Assumiu-se o compromisso de cumprir com o rigor científico de uma pesquisa com seres humanos, respeitando os preceitos éticos em todas as etapas do estudo, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes que foram designados por siglas como G1, G2, G3 e, assim, sucessivamente. A coleta dos dados iniciou após a aprovação da proposta ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG), assim como ao Núcleo Municipal de Estudos em Saúde Coletiva (NUMESC), através dos Pareceres CEPAS nº 2.976.573 e NUMESC nº 010/2019. Foi questionado às mulheres o desejo de participar do estudo, sendo disponibilizado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando o funcionamento da pesquisa, os benefícios, prejuízos, preservação do anonimato, livre escolha de participação, da mesma forma como a liberdade de retirar-se a qualquer momento da pesquisa.

Para coletas de dados, foram agendados encontros para realização de entrevistas, que aconteceram, anteriormente, ou, posteriormente, às consultas de pré-natal, em sala reservada, sendo gravada e guiada por roteiro semiestruturado que combina perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 1993). Além da coleta de informações sociodemográficos das participantes, o roteiro das entrevistas foi composto por questões que buscavam compreender o conhecimento das gestantes sobre o grupo educativo, os aspectos que poderiam promover ou interferir as suas participações nesta atividade e as possíveis relações com a EF. Foram formulados questionamentos como, por exemplo: “Você conhece o grupo de gestantes da UBSF? Já participou? Quais foram os aspectos que levaram você a participar? Quais aspectos levaram você a não participar? Você acredita que este espaço é importante? O que você acha sobre a atividade física e a gestação? Acredita que ela deveria ser proposta nos grupos?”. Acreditamos que a entrevista semiestruturada possibilitou que as participantes colocassem, com autonomia e espontaneidade, seus pensamentos,

³³ Foram realizadas diversas tentativas de contato telefônico e visitas domiciliares, sem resposta para retorno ao pré-natal. Acionada a equipe do NASF, junto ao Conselho Tutelar, para averiguar a situação, com o contínuo monitoramento da UBSF, principalmente, através das ACSs.

participando, assim, da construção do conteúdo da pesquisa. Para o pesquisador, o instrumento permitiu contato com os sujeitos da pesquisa, que podem reformular, questionar e aprofundar os temas debatidos (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Os dados coletados foram armazenados para análise.

A análise dos dados coletados foi realizada a partir da análise temática, que se caracteriza por ter como conceito central o tema. Segundo Minayo (1993), o foco deste método de análise é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre a temática pesquisada, sendo assim, o tema é a unidade de significações que se liberta naturalmente durante o processo. As etapas da análise temática seguiram uma trajetória composta, primeiramente, pela transcrição das entrevistas e, posteriormente, por uma leitura compreensiva do conjunto do material coletado. Após, foi necessário realizar a exploração do material, o que se classifica como a análise propriamente dita, a partir dos núcleos de sentido, das aproximações com a literatura e com as discussões necessárias. Por último, ocorreu a síntese interpretativa, que procurou dialogar com os objetivos desta pesquisa e dos questionamentos aqui levantados (MINAYO, 1993). Assim, construímos esta pesquisa ao longo do caminho que percorremos, sem perdas na qualidade do procedimento, mas com liberdade para aprender e elaborar novos saberes durante toda a experiência de construção.

Resultados e Discussões

Podemos observar, primeiramente, o perfil das mulheres acompanhadas pela UBSF no período na pesquisa, que se caracterizavam por serem, em sua maioria, adultas, com idade média de 26,6 anos; a grande parte denominou-se casada e residindo com o companheiro, à espera do seu primeiro filho. No que tange à escolaridade e à ocupação, percebemos uma maior prevalência de mulheres com ensino fundamental incompleto e do lar.

A percepção da importância do Grupo de Gestantes foi identificada por todas as participantes da pesquisa, mesmo aquelas que não compareciam à atividade na UBSF. Dentre as importâncias reconhecidas pelas mulheres para o grupo, prevaleceram o reconhecimento do espaço propício para esclarecimento das dúvidas sobre a gestação e a troca de informações seguras e confiáveis, através dos profissionais de saúde e entre as gestantes.

Mesmo com o reconhecimento da importância do grupo, dentre as entrevistadas, doze das quinze mulheres nunca tinham participado do Grupo de Gestantes durante o período da atual gestação. Os aspectos levantados pelas participantes, para a ausência no grupo, foram: trabalho (5), falta de tempo (5), falta de convite para participar (1) e restrição médica (1).

Encontramos, no primeiro aspecto citado pelas participantes, o impasse do horário comercial dos atendimentos da ESF, que, em grande parte, coincide com o trabalho não só das gestantes, mas também com grande parte da população do território, que, por muitas vezes, não consegue realizar os atendimentos desejáveis. O horário de atendimento da UBSF é das 8h às 12h e das 13h30m às 17h30m, similar ao horário cumprido pela maioria das gestantes trabalhadoras. Este entrave também foi encontrado por Gonçalves e colaboradores (2015), que procuravam compreender o motivo do absenteísmo de usuários de uma UBSF, no estado São Paulo (SP), às consultas odontológicas. O agendamento da consulta, no horário de trabalho, foi o aspecto mais citado pelos sujeitos ao justificarem suas ausências no atendimento, compreendendo, assim, uma limitação ao acesso nas ESF, em especial, aos usuários trabalhadores, pelo horário convencional desses serviços de saúde.

O segundo principal aspecto relatado pelas mulheres, para ausência nos Grupos de Gestantes, foi a falta de tempo para participar. A escassez de tempo e a responsabilidade em cuidar dos filhos foi citada por outras mulheres, no estudo de Delfino e colaboradores (2004), como aspectos impeditivos para participarem de atividades grupais desenvolvidas em um Ambulatório Escola, no município de Tubarão, Santa Catarina (SC). Mesmo após mais de uma década desta pesquisa, podemos perceber que a realidade atual não é diferente, pois, ainda hoje, a legitimação do papel feminino, na tarefa dos cuidados com os filhos e a casa, tem reflexos importantes na sua saúde.

Outros aspectos menos citados também aparecem nas falas das participantes, em que uma das mulheres revela sua ausência no grupo devido à solicitação de repouso. Além da restrição médica, a falta de convite esteve presente com menor ênfase no discurso de uma das participantes. Essa situação está relacionada à necessidade de divulgação do grupo, que, habitualmente, acontece com a entrega do convite ao grupo em todas as consultas de pré-natal, além de ter um mural na recepção com a data do próximo encontro. Porém, algumas vezes, devido à grande demanda assistida pela UBSF, os profissionais acabam esquecendo-se do convite ao Grupo, o que pode ter explicado que uma das mulheres tenha citado esse aspecto.

No que tange ao aspecto sobre o trabalho, é importante compreender, como relata Evangelista e colaboradores (2011), que o horário de atendimento dos serviços de saúde, principalmente a ESF, deve ser tratado de modo institucional, correndo o risco de deixar à margem os trabalhadores que não conseguem acessar o sistema como deveriam e têm direito. Sendo assim, implica-se repensar estratégias e outras formas para agregar esses sujeitos ao atendimento integral, como encontrado nas diretrizes e nos princípios do SUS. Os horários rígidos de expediente dos sujeitos que estão em um emprego no mercado formal, traz à tona sentimentos de medo e receio de uma possível penalidade ao ausentarem-se do trabalho, mesmo que com atestado médico. O comprometimento da

estabilidade, no emprego, faz com que muitos deixem, em segundo plano, a procura pelo serviço de saúde (CORDEIRO, *et al.*, 2014).

Para as gestantes, essa situação complica-se ainda mais, visto que, durante este período, ocorrem as consultas de pré-natal, que as afastará do seu serviço, no mínimo, uma vez ao mês. Adicionam-se, nesse contexto, os exames laboratoriais, as ultrassonografias, a possibilidade de estar sentindo indisposta em algum dos dias, devido aos possíveis sintomas da gestação e à necessidade de faltar ao trabalho. Com as gestantes da UBSF pesquisada, também, encontramos essas situações quando eram realizados os atendimentos de pré-natal. Nesses momentos, percebíamos, ao conversar com as mulheres trabalhadores, que muitas deixavam seus exames ou consultas para o dia da sua folga, para não ter futuros prejuízos no emprego, exemplificando o receio da penalização pelas suas faltas, mesmo que justificadas.

A importância da assistência durante a gestação é amplamente reconhecida, como também protegida pelas leis que asseguram os direitos trabalhistas das mulheres durante período gestacional e da maternidade. Em contrapartida, mesmo com o crescimento feminino no mercado de trabalho e nas políticas de defesa da mulher, ainda é encontrado um cenário de discriminação, menores salários e abusos morais, tornando-se um contexto agravante e de preocupação no cotidiano das trabalhadoras (IBGE, 2016). Cabe, aqui, ressaltar que, habitualmente, as mulheres que trabalham fora do lar, também dedicam grande parte do seu tempo no cuidado com os afazeres da casa e dos filhos, o que é conhecido como a dupla jornada de trabalho. Segundo o IBGE (2016), as mulheres brasileiras que trabalham fora de casa dedicam 73% mais horas que os homens aos cuidados e/ou afazeres domésticos, sendo assim, mesmo as ocupadas no mercado de trabalho, ainda executam os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos. Dessa forma, “uma vez que [este] trabalho feminino “leve” também tem o seu peso, deve-se, do mesmo modo, destacar que este fica ainda mais pesado, já que a atividade assalariada é exercida “acoplada” aos trabalhos domésticos” (MARCONDES, *et al.*, 2003, p. 99, grifos do autor).

Ao entendermos o trabalho como um dos aspectos que podem influenciar na ausência das mulheres no Grupo de Gestantes da UBSF, é necessário ponderarmos as questões anteriormente discutidas, que se baseiam em compreender como estão as condições do trabalho da mulher, o enfrentamento da desigualdade entre os gêneros e a oferta de uma rede de apoio social e de políticas que as permitam se posicionar frente ao processo da gestação.

O outro impeditivo das gestantes para participação, no Grupo de Gestantes da UBSF São João, é a falta de tempo. Percebemos que o papel social esperado para as mulheres no que tange a seus deveres como esposa, mãe e cuidadoras do lar tem implicações diretas na sua disposição de participar de atividades, tal como do Grupo de Gestantes. Além do

cansaço físico, devido aos afazeres domésticos e ao cuidado com os filhos, existe o emocional que não as permite conversar sobre o que estão passando, sem tempo para realização de atividades que almejam vivenciar. É importante ressaltar que as desigualdades entre os sexos não são somente destinadas às práticas discriminatórias no mercado de trabalho, como citado anteriormente, mas também à divisão desigual por gênero dos afazeres domésticos e de cuidados com os filhos. Essa realidade, também, foi identificada por outras pesquisas, mencionando que as expectativas e cobranças do papel social materno podem gerar danos à sua saúde, principalmente, pelo pouco espaço para falar sobre seus desejos e anseios (OLIVEIRA; TRAESEL, 2008). Nesse sentido, para as gestantes, o espaço para compreender que outras mulheres enfrentam os mesmos desafios, além de compartilharem suas expectativas, pode auxiliar no desafio da maternidade. A família poderá ser uma limitação neste processo, quando não consegue entender as necessidades da mulher, ou no momento em que se torna um empecilho para o seu agir (DELFINO, *et al.*, 2004).

Em pesquisa realizada em Santa Catarina (SC), que analisava as relações das mulheres em um Grupo de Gestantes, foi percebido que a família se constituía como uma limitação para a participação das mulheres nas atividades grupais. As gestantes referiram que seus companheiros “não entendiam as suas necessidades de frequentarem as oficinas, uma vez que algumas delas já eram mães e, na concepção deles, elas possuíam o conhecimento necessário sobre os cuidados de saúde” (DELFINO, *et al.*, 2004, p. 1063). Podemos refletir que a falta de tempo referida pelas entrevistadas é uma realidade vivenciada por muitas mulheres, percebendo o contexto social e cultural em que estamos inseridos. Sendo assim, é necessário repensar estratégias que permitam que essas mulheres também estejam assistidas de maneira integral pelas equipes de saúde, encontrando ferramentas para promover o seu protagonismo nas decisões e nos cuidados com sua saúde.

Sobre os outros aspectos menos citados, iremos nos atentar somente para a falta de convite, visto que a solicitação médica de repouso é uma prescrição de cuidado para que se mantenha uma gestação saudável e sem intercorrências. Sendo assim, a falta de informações sobre o grupo deve ser questionada para uma maior efetivação da participação das mulheres. A fim de buscar compreender as questões que estão em torno da problemática, relacionamos as informações que as participantes conheciam ou não sobre o Grupo de Gestantes, que se mostrou assim: apresentavam conhecimento sobre o local de realização do grupo (13), dia da realização do grupo (8), temas discutidos no encontro (6), profissionais que planejavam e realizam a atividade grupal (3).

Pode-se perceber que algumas informações carecem de melhores divulgações, assim como serem esclarecidas pelos profissionais às gestantes e à comunidade em geral.

As questões apontadas são essenciais para que as mulheres possam escolher entre participar ou não do Grupo de Gestantes; os temas discutidos são: como o grupo se organiza e quem são os profissionais que propõem as atividades. Essas são informações que não são conhecidas pelas gestantes, e, sendo assim, necessitam de uma maior disseminação entre as mesmas. Assim, percebemos que a realização de um convite mais enfático às gestantes e o esclarecimento das informações básicas sobre as atividades grupais deve ser realizado pelos profissionais que as atendem. Acreditamos que uma peça muito importante, nessa construção, é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), devido à proximidade com as famílias do território e ao papel de fundamental confiança que exercem e ao vínculo com a comunidade assistida.

Compreendemos que, junto ao horário de trabalho similar ao grupo e os receios das mulheres frente às situações indesejáveis no trabalho, a falta de tempo averiguada por uma demanda, no papel da mulher como mãe, esposa e cuidadora do lar e dos filhos, a falta de informações básicas sobre o grupo de gestantes, tais como, as exemplificadas acima, delimitam alguns dos aspectos associados ao absenteísmo das mulheres ao Grupo de Gestantes. Em pesquisa realizada por Barbieri e colaboradores (2013) sobre o Grupo de Gestantes, em uma UBS, na cidade de Londrina, Paraná (PR), a participação das mulheres foi dificultada por alguns motivos, dentre eles, terem outro filho e não serem liberadas pelo empregador. Dentre as falas das participantes, encontramos situações bem próximas às relatadas pelas gestantes da UBSF pesquisada, conforme as seguintes falas:

É, o motivo é a questão da escola das gurias, que eu levava, eu cansava um pouco [...] Eu tenho duas, esse é o terceiro (G13).³⁴

É devido ao trabalho [...] porque eu só consegui as folgas no dia de consulta, pra fazer parte de grupo eu não conseguiria (G5).

No que se trata à participação das mulheres nas atividades educativas como grupo de gestantes, grupo de pré-natal ou cursos e oficinas realizados pelos serviços de saúde, observa-se, em outros estudos, a frequente abstenção das grávidas nessas ações. Nas pesquisas realizadas por Neto e colaboradores (2017), Queiroz e colaboradores (2016) e Herbas (2014), podemos perceber a exemplificação desse cenário, em que as mulheres receberam o convite para participação, porém não compareceram aos encontros realizados. Em estudo realizado por Klein e Guedes (2008), é possível averiguar a inconstante presença das mulheres nas atividades grupais desenvolvidas, outro ponto importante de se levantar. As autoras relatam a dificuldade de manter as gestantes vinculadas nos encontros realizados, ocorrendo uma grande infrequência durante a sequência das atividades, o que

³⁴ As falas das participantes não sofreram qualquer tipo de alteração ou ajuste, sendo descritas fielmente como o transcrito das entrevistas.

dificulta a criação de vínculo e a continuidade das temáticas desenvolvidas. Esse cenário de ausências e baixa adesão também é percebido pelos profissionais, que se esforçam dentro do possível, na rotina dos serviços de saúde, para poder ofertar as atividades. Segundo Neto e Kind (2010), a limitada participação dos usuários nos grupos, como o de gestantes, é motivo para queixas e decepções para os profissionais de saúde.

Podemos refletir que, a partir do contexto apresentado, não podemos elencar um aspecto específico e único para responder a nossa questão principal. O ambiente e a sociedade em que vivemos hoje torna essa indagação complexa e singular frente às adversidades enfrentadas pelas mulheres de todo Brasil, e não diferente, pelas mulheres assistidas na UBSF. Os mais variados papéis sociais e familiares desempenhados por essas gestantes são simples ao tentarmos questionar, porém extremamente complexos e singulares ao pensarmos em viver essa realidade. Para muitas, essas representações podem ser penosas e angustiantes. Para outras, podem-se caracterizar como a realização de um sonho, na completude do seu papel de mãe e esposa, cheio de alegrias e encantamentos. A atribuição de cada mulher, para o processo da maternidade, é plural pelos mais variados sentimentos que possam contornar essa vivência, da mesma forma, como é único para cada gestante que o enfrentará.

Cabe aos serviços de saúde e aos profissionais que trabalham com o período gravídico-puerperal, atentarem-se para algumas estratégias que podem ser válidas para aproximar a vinculação das gestantes às atividades grupais, já percebidas como espaços de extrema relevância para a saúde. O momento da gestação é uma etapa da vida da mulher em que ela está, frequentemente, presente nos serviços de saúde, permitindo que possamos construir, com essa mulher, uma relação de confiança e vínculo, para que, não somente na gravidez, ela esteja presente, mas que possamos potencializar o cuidado ofertado para todo ciclo etário.

É necessário que a gestante sinta-se à vontade para procurar a UBSF e seus profissionais e, parte desse desafio, encontra-se na divulgação das ações e de serviços que são realizados pelas equipes de ESF. A comunidade precisa conhecer, apropriar-se e sentir que faz parte da construção das atividades realizadas, pois são realizadas no intuito de melhorar e promover a sua saúde. As diferentes formas de cuidado propostas pela ESF, como, por exemplo, os grupos, precisam ser levadas até as famílias e demonstrada a importância e a valorização, percebendo que, nesse espaço, pode ser construído um ambiente de cuidado e de educação em saúde.

As possibilidades da Educação Física no período gravídico: percepções das gestantes

Por compreendermos que a assistência à saúde da mulher prestada nas UBSFs e a Educação Física possuem, juntas, potencial para proporcionar às mulheres um cuidado

mais integral, questionamos as participantes o que elas acreditavam sobre a realização de práticas corporais nos Grupos de Gestantes. Nesse estudo, averiguamos que doze participantes (80%) acreditam que a realização das práticas corporais, nos grupos, seria importante, e que três participantes (20%) não percebem a prática como relevante nesse espaço. Ao falarmos sobre os motivos que foram levantados pelas mulheres para reconhecerem as práticas relevantes, podemos averiguar a possibilidade da atividade física de dinamizar as propostas do grupo. Assim, relatam algumas das mulheres que trouxeram este posicionamento:

Eu acho bastante importante atividade física, porque quase sempre, eu mesmo como trabalho eu não pratico muito, no máximo uma caminhadinha, por isso eu acho bastante [importante] ter atividade física. E tem grávidas que não praticam nenhuma atividade física (G11).

Eu acho que se tivesse alguma coisa pra dinamizar seria bem melhor, eu acho que a pessoa se interessa mais, porque é o que eu disse, a gente acha que sabe né? Ah, ah vou lá conversar sobre o parto que eu já sei. Já tenho um filho, já sabe... A gente nunca sabe né, sempre tem alguma coisa [...] Eu acho que de repente ter alguma coisa que atraia as gestantes, de repente... (G6).

A possibilidade de dinamizar o grupo, por meio de práticas corporais, foi ressaltada pelas mulheres como um meio de chamar atenção das gestantes para a participação nos encontros. Como relata a participante (G6), a ideia de que os assuntos que serão discutidos, nesses espaços, já são vivenciados e amplamente conhecidos por elas, como parto e cuidados com o recém-nascido, principalmente, para as mulheres que já tiveram filhos, distanciam-nas das atividades grupais. Sendo assim, uma nova linha para os grupos que permeie as práticas corporais pode trazer dinamização para a atividade, saindo do pensamento de uma proposta de educação em saúde de maneira vertical e através de palestras, forma que ainda é muito encontrada como orientadora das práticas educativas nos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Esse modelo está intimamente ligado à imagem de um grupo de mulheres, sentadas nas cadeiras, formando uma roda, com o profissional caracterizado como o detentor do saber técnico-científico, explicitando “hábitos e comportamentos saudáveis, *o que fazer e como fazer* para a manutenção da sua saúde” (ALVES, 2005, p. 47, grifos da autora). Porém, é necessário abrir o leque de possibilidades que podem transitar nesses grupos, potencializando o cuidado à saúde dos sujeitos, fazendo com que essas atividades tenham como objetivo o desenvolvimento da autonomia dos participantes e da construção coletiva de saberes (ALVES, 2005).

A dinâmica proporcionada pelas práticas corporais pode permitir que as relações se tornem mais horizontais e que sejam utilizadas como uma estratégia para abordar outros

conteúdos relevantes frente ao processo gestacional e da maternidade. Além disso, as práticas corporais proporcionam diversão e interação entre os participantes, criando um ambiente favorável para construção de vínculos. Nesse sentido, uma das participantes assim se posiciona no que diz respeito à realização de atividades físicas no grupo de gestantes:

Eu acho que de tudo um pouco né, podia ter, acho que até daria mais um ânimo pra gente também participar, e no caso, tem muitas que tão em casa, eu já trabalho ainda to sempre na atividade, mas na minha última gestação eu tava em casa, eu engordei horrores, chegou uma hora que eu não conseguia levantar do sofá (G15).

Novamente, aparece a relação de que a atividade física pode tornar-se um *ânimo* para a participação das mulheres no grupo de gestantes, reforçando o caráter dinâmico apresentado anteriormente. Porém, outro ponto levantado pela G15 é o ganho ponderal. A preocupação dos profissionais de saúde, com o ganho de peso durante a gestação, se dá pela influência que este tem sobre a possibilidade de complicações na saúde da mãe e do bebê, não somente durante período gravídico e do parto, mas podendo estes problemas estenderem-se ao longo da vida (NOGUEIRA; CARREIRO, 2013). Nesse sentido, a prática de atividades físicas exerce grande influência no ganho adequado de peso durante a gestação, principalmente, quando associado a outros hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada (NASCIMENTO, *et al.*, 2014). Acreditamos que as práticas corporais e as atividades físicas, no período gestacional, não devem ter como principal objetivo o controle do ganho ponderal, mas sim atividades prazerosas que despertam, nas mulheres, consciência corporal, que proporcionem momentos de descontração. Sendo assim,

a melhora da qualidade de vida da mulher deve ser o foco das intervenções, que devem abordar, além do controle do peso, as algias posturais, o estresse, a diminuição do risco de depressão puerperal, a maior autonomia no trabalho de parto, além de um futuro a curto e longo prazos com melhor qualidade de vida (SURITA; NASCIMENTO; SILVA, 2014, p. 532).

Outro ponto importante levantado pelas participantes deste estudo sobre a importância das práticas corporais no Grupo de Gestantes foram as atividades físicas como forma de preparação do corpo para o trabalho de parto. As mulheres que trouxeram essas questões, assim se posicionaram:

Ah eu acho que sim, porque a gente quer sempre saber [...] ah que atividade física, eu quero ter um parto normal, eu sei algumas coisas eu poderia fazer mas eu não sei quais são, então eu acho que sim (G1).

Eu acho que sim, porque é um incentivo até na hora do parto, tem mulheres que ganham o parto natural, aquela bola, não sei o nome, pilates, aquelas posições, agachamento, já é um treinamento pra incentivar na hora (G13).

O parto é um dos momentos mais delicados da gravidez, gera muitas dúvidas e anseios para a mãe e sua família. Realizar exercícios de fortalecimento dos músculos, de treinamento da respiração e de técnicas de relaxamento durante a gestação irão favorecer com que a mulher possa atuar no momento parto, de maneira mais consciente e com maior autonomia. Além disso, essas atividades fazem com que a gestante possa sentir-se mais tranquila frente às situações que enfrentará para o nascimento do seu filho, da mesma forma, como o conhecimento sobre os procedimentos que ocorrem, também, deixarão essas mulheres mais calmas, promovendo que sejam protagonistas do seu parto (HOGA; REBERTE, 2006).

A pesquisa realizada por Hoga e Reberte (2006), que relata as percepções das mulheres sobre um Grupo de Gestantes em que utilizou técnicas corporais como temática central, demonstrou que as práticas proporcionam, além de alívio dos desconfortos da gestação e do relaxamento das mulheres, o conhecimento de exercícios para a preparação do trabalho de parto, como respiração e controle da dor. Para as participantes do estudo, os exercícios específicos para preparação do trabalho de parto foram percebidos por elas como importantes e necessários. Esse aspecto, também, foi encontrado na pesquisa com as gestantes da UBSF, ao questionarmos sobre a relevância das práticas corporais no grupo. A oferta de atividades físicas faria com que as mulheres participassem mais efetivamente dos encontros.

Assim, percebemos que existem alguns aspectos argumentados pelas participantes da nossa pesquisa, para a realização das práticas corporais nos Grupos de Gestantes, dentre eles, está a possibilidade de promover dinâmicas, preparar o corpo para o parto e a aprendizagem de alguns exercícios para realizar em casa. Segundo Dumith e colaboradores (2012), em pesquisa realizada em Rio Grande/RS, com puérperas no pós-parto, nas maternidades do município, dois terços das entrevistadas, cerca de 1.700 mulheres, acreditam que o exercício, na gestação, melhora a saúde do bebê e torna o parto mais fácil.

Esses dados estão muito próximos ao encontrado, nesta pesquisa, com as mulheres da UBSF São João, visto que 80% perceberam a atividade física como importante durante o processo de gestação, sendo a preparação para o parto uma das razões destacadas. Segundo Dumith e colaboradores (2012), as mulheres que possuem esse pensamento tiveram 50% mais chance de praticar atividade física durante a gestação, reforçando a importância da disponibilidade de práticas seguras direcionadas ao período gestacional nos serviços de atenção básica. Ainda sobre as participantes que acreditam ser importante a AF nas atividades grupais, assim uma delas se posiciona:

Tem mulheres que gostam de se exercitar, fazer, pra não ganhar aqueles quilinho a mais, botar tudo em dia (G13).

O imaginário de uma prática de exercícios físicos, que está entrelaçada à imagem corporal e ao *fitness* tem grande influência sobre a população, principalmente, pela circulação cada vez maior de informações e conteúdos sobre treinos, diretas e a constante preocupação de estar “em forma”. Como a G13 traz, em sua fala, e não distante do que muitas pessoas associam, as atividades físicas possuem somente finalidades estéticas e sua realização vai ao encontro das pessoas que desejam “*botar tudo em dia*”. Essa relação faz com que muitas mulheres, ainda mais durante o período gestacional, se afastem das atividades físicas e não reconheçam as capacidades que as diversas práticas corporais possuem no cuidado com a saúde, na prevenção de diversas doenças e, principalmente, nos aspectos pessoais, emocionais e sociais que pode gerar. Cada vez mais, a EF vem ganhando espaço nos serviços de saúde, pela sua potencialidade na melhora das condições de saúde das diversas populações. As mudanças de paradigmas só irão ser modificadas com a disseminação das informações e com a orientação segura para a prática de exercícios e de propostas que olhem para os sujeitos de forma humanizada e integral.

Todavia, é necessário compreender que as orientações para a prática regular de exercícios físicos, durante a gestação, são relativamente recentes e, ainda, permeadas de questionamentos e mitos sobre a sua realização. Dessa forma, algumas mulheres do nosso estudo relataram ser importante a realização de atividades físicas nos Grupos de Gestantes, porém levantaram algumas questões em relação à prática em si. As falas abaixo exemplificam essa situação:

Eu acho que chamaria atenção, porque a maioria das gestantes assim, né, eu acho que não são muito de exercícios físicos. Tem gente que não pode fazer nada, até pra caminhar... (G8).

Eu acho que podia ter uma dinâmica também, alguma coisa assim, pra fazer em conjunto, acho que seria bem interessante [...] Eu acho que [as mulheres acham] não pode fazer nada que tudo vai afetar o bebê” (G12).

Os relatos das gestantes demonstram que, mesmo acreditando que a realização de atividade física seja importante e relevante, ainda existe um imaginário de que essa prática não coincida com mulheres grávidas. De algumas formas, as mesmas apontam que as mulheres normalmente não “*são muito de exercícios*” (G8). Já, a G12 levanta que as gestantes acreditam que não podem realizar porque “*vai afetar o bebê*”. Em contrapartida, averiguamos, neste estudo, que três (3) mulheres relataram não perceber a realização de atividades físicas no grupo de gestantes como importantes e, assim, se posicionam ao serem questionadas sobre este aspecto:

Eu acho que não, porque nem todo mundo é muito da atividade física né? Deveria, mas nem todo mundo... A maioria das grávida tem que ficar na cama [...] Não que atividade física não seja importante, mas as preguiçosas não querem fazer atividade (G5).

Percebemos que os argumentos das mulheres que não acreditam ser relevante uma proposta com atividades físicas, no Grupo de Gestantes, são próximos ao receios das participantes que trouxemos anteriormente, como afirma a G5: “a maioria das grávidas tem que ficar na cama”, mesmo percebendo a importância da atividade física. Sugerimos que esses posicionamentos podem estar intimamente ligados ao pensamento cultural que permeia, em nossa sociedade, sobre os cuidados e restrições que devem se ter na gestação ou mesmo com a ideia de que, quem pratica exercícios físicos, busca somente os aspectos estéticos. Sanfelice e colaboradores (2013) nos lembram sobre alguns cuidados culturalmente enfatizados durante a gestação, como

[...] não levantar objetos pesados, evitar esforços bruscos, trabalhos pesados, correr ou se agachar. Durante a gestação as mulheres acreditam que não podem “fazer força” e precisam evitar levantar e carregar peso, pois os riscos de exagerar no esforço físico podem acarretar em prejuízo no desenvolvimento do bebê e até mesmo antecipar o parto (p. 41).

Essas preocupações não partem do imaginário da população, mas sim de recomendações realizadas para a manutenção de uma gestação saudável. Atualmente, temos uma extensa literatura sobre os benefícios da prática da atividade física no período gestacional para mulheres, sem contraindicações médicas, porém, há pouco tempo, não era esse cenário o vivenciado. Dessa forma, as pesquisas realizadas, até a década de 1990, que tratavam sobre exercício físico e gestação, abordavam, principalmente, os possíveis riscos oriundos da prática (DUMITH, *et al.*, 2012). Devido a isso, acreditamos que, ainda, existam receios e dúvidas sobre a realização de exercícios durante a gestação, carecendo de um suporte maior de informações e orientações que estejam de acordo com as novas tendências de um cuidado ampliado à saúde das mulheres.

Sabe-se que na gestação a aderência ao exercício pode ser mais difícil, pois há entre as mulheres, seus médicos e cuidadores receios e dúvidas quanto à segurança da sua prática, necessitando de esclarecimentos objetivos e incentivos permanentes. Há urgente necessidade de sensibilizar os gestores e profissionais da saúde para que programas adequados de atividade física durante a gestação sejam disponibilizados para todas as mulheres, seja em Unidades Básicas de Saúde ou em serviços privados, e incorporados definitivamente às práticas antenatais. [...] Percebe-se que o exercício físico é uma prática que agrega benefícios para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, devendo ser conhecida e estimulada pelos profissionais da saúde (NASCIMENTO, *et al.*, 2014, p. 429).

Nesse sentido, a pesquisa realizada por Dumith e colaboradores (2012) que acompanharam todos os nascimentos ocorridos no município de Rio Grande/RS, durante 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2007, foi verificado que 61% das puérperas afirmaram ter recebido orientações sobre prática de atividade física no pré-natal. No entanto, nessa

mesma pesquisa, foi averiguado que, apenas, um terço das mulheres (32,8%) relatou ter praticado alguma atividade física na gestação.

Percebemos, assim, que a orientação para prática de exercícios físicos vem ganhando espaço nas consultas de pré-natal. Porém, como podemos ver nos dados, a prática da atividade física em si, ainda é muito restrita a algumas gestantes. Os autores não levantaram se o cuidado ao pré-natal foi realizado na rede pública ou privada, o que seria importante para compararmos os dados e as distintas realidades dos serviços, mas ressaltam a necessidade de “políticas de incentivo e promoção da atividade física para esse grupo da população deveriam ser estabelecidas” (DUMITH, *et al.*, 2012, p. 330). Acreditamos, na importância dessas políticas, por compreender que a prática de exercício físico durante o período gestacional traz diversos benefícios, como o “controle do peso, redução de riscos para doenças, redução do estresse, melhora do humor e, também [é], um componente importante de uma gestação sadia” (SANFELICE, *et al.*, 2013, p. 41).

Apesar disso, segundo Coll (2017), ocorreu uma diminuição no número de mulheres que praticam exercício físico durante a gestação ao longo da última década. Os dados apresentados pela autora são das mães dos bebês nascidos nas últimas duas Coortes de Nascimentos de Pelotas/RS, constatando que a prática de atividade física diminuiu durante 2004 a 2015. Essa situação pode ocorrer devido a questões que devem ser consideradas, como falta de tempo, trabalho e cuidados com os outros filhos, que são cenários que podem interferir na prática (SANFELICE, *et al.*, 2013).

É importante pensar que, junto aos exemplos citados acima, como os demais filhos, o trabalho e a falta de tempo disponível, existem outros aspectos que entravam a realização de atividade física pelas mulheres, principalmente, a de locais que ofereçam um serviço especializado e seguro para o desenvolvimento de práticas corporais pelas gestantes. A proposta de Grupos de Gestantes que contenham a orientação e informações sobre exercícios e práticas corporais para auxiliar as mulheres a aliviar os desconfortos da gestação, preparar para o parto e proporcionar momentos de descontração é uma possibilidade que deve ser revista, percebendo a sua importância e a necessidade de trazer novos horizontes aos grupos, incentivando a participação das mulheres, tanto na atividade educativa quanto na realização de atividades físicas.

Considerações Finais

Pesquisar sobre a assistência às gestantes, principalmente, por meio de uma forma tão importante de cuidado, como os grupos educativos, foi uma tentativa de buscar compreender algumas questões que emergiram durante o caminho que trilhei como profissional de EF residente dentro de uma UBSF. A partir disso, ao tentar responder à questão principal, que se baseia em compreender o esvaziamento nos grupos educativos para

gestantes, encontramos semelhanças nos achados, que indicaram dois principais motivos: o expediente de trabalho das gestantes ser no horário similar ao da oferta das atividades grupais da UBSF e a falta de tempo, principalmente, por conta do cuidado com os outros filhos e com o lar. Os demais aspectos citados, em menor proporção, foram a falta de informação sobre o Grupo de Gestantes e a indicação de restrição médica, que sugeria repouso.

Sendo assim, o que encontramos, nas falas e discursos das gestantes da comunidade, foi um cenário que mostra os diversos papéis que as mulheres exercem na nossa sociedade, nas mais variadas situações socioeconômicas e culturais. Mesmo com distintas realidades apresentadas pelas mulheres, podemos refletir que existe um contexto muito mais abrangente atrás dos motivos para participar ou não dos grupos. Algumas questões que sugerimos permeiam o insuficiente apoio social e familiar que a mulher possui, principalmente, quanto ao cuidado com a casa e com os filhos e à insegurança frente a uma represália do empregador pelas faltas ao serviço.

Dessa forma, determinados pontos podem ser destacados para potencializar a atenção à saúde das mulheres, por meio dos grupos destinados às gestantes, como uma divulgação mais enfática sobre os principais aspectos e a funcionalidade dos grupos, além de sua importância para o momento gravídico. A disseminação dessas informações pode ser realizada nas salas de espera e nas consultas de pré-natal, devendo abranger as gestantes, seus familiares, companheiros e comunidade em geral. A criação de um espaço simultâneo ao grupo para atividades com os filhos das participantes que já são mães, como um grupo de crianças, também seria uma sugestão para agregar todas as gestantes

A prática de atividade física, no Grupo de Gestantes, foi compreendida pela maioria das mulheres como relevante, reforçando que seria interessante sua realização nos encontros para promover interação e socialização, além de aprendizagens sobre exercícios de preparação para o parto. Assim, pode-se sugerir que as atividades físicas e os profissionais de Educação Física estejam cada vez mais presentes nos grupos e no cuidado à saúde das mulheres, principalmente, no período gravídico-puerperal, por possuir campo teórico relevante na atuação com essa população.

Cabe, aqui, deixar evidente que existem outros detalhes a serem analisados e outros aspectos considerados, caracterizando este estudo como um recorte que só pode ser destinado ao seu campo de pesquisa. Dessa forma, há de se pensar se o mesmo acontece em outras UBSFs e como são realizados os demais Grupos de Gestantes do município, suas diferenciações e similaridades. Da mesma forma, seria interessante realizar as intervenções com atividade física e averiguar se essa seria relevante para a participação das mulheres nos grupos.

Isto posto, acreditamos que as relações com o trabalho formal e doméstico, no cuidado com os filhos, com a falta de informações das gestantes sobre as atividades

educativas e os serviços ofertados e a lógica de cuidado à saúde da ESF, são um obstáculo frente à vinculação desejada em uma prática de assistência à saúde horizontalizada, como preconiza o SUS. Visualiza-se, ainda, a necessidade, compreendendo o que foi encontrado nesta investigação, que a promoção de práticas educativas esteja integrada nas atividades assistenciais ofertadas para essa população. As consultas de pré-natal, os momentos da sala de espera e, até mesmo, possíveis visitas domiciliares são alternativas em que as atividades de educação em saúde podem ser proporcionadas a essas mulheres, buscando alternativas cabíveis frente ao esvaziamento dos grupos. Assim, promover políticas públicas de incentivo a essas práticas e potencializar a aproximação da EF com as demais áreas do campo da saúde se faz necessária para buscar melhorar e qualificar a atenção à saúde não só das mulheres, mas da população em geral.

Referências

ALVES, Vania. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BARBIERI, Mayara Caroline; *et al.* Vivência da maternidade: percepção de mulheres participantes de grupos de pré-natal. **Revista de Enferm UFPE on line**. Recife, 7(9):5533-40, set., 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

COLL, Carolina de Vargas Nunes. **Prática de atividade física na gestação: barreiras, tendências e efeitos sobre os sintomas depressivos no período pós-parto**. Tese de Doutorado, FACULDADE DE MEDICINA, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Pelotas, fevereiro de 2017.

CORDEIRO, Sharllene Vanessa Lima; *et al.* Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18(4) Out-Dez 2014, pag.644-649.

DELFINO, Maria Regina Rufino; *et al.*, O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4): 1057-1066, 2004

DUMITH, Samuel C; *et al.* Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista de Saúde Pública**. 2012;46(2):327-33

EVANGELISTA, Anne Itamara Benigna; *et al.* A saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1011-1020.

GONÇALVES, Claudia Ângela; *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma Pesquisa-ação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):449-460, 2015

HERBAS, Dorys Tatiana Arguellez de. Improvisação: experiência com grupo de gestantes. IGT - Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar. **IGT na REDE** - Rio de Janeiro, Brasil. vol. 11, n. 21, 2014.

HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006. maio-jun; 59(3): 308-313p.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2015: síntese de indicadores**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2016. 108p.

KLEIN, Michele; GUEDES, Carla. Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro, 2008. 28 (4), p. 862-871.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONDES, Willer Baumgartem; *et al.* O peso do trabalho “leve” feminino à saúde. **São Paulo em Perspectiva**. 17(2): 91-101, 2003

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 1993. ed. 33. p. 108.

_____, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, Simony Lira; *et al.* Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo/SP. 2014; 36(9):423-31

NETO, Francisco Assis Dantas; *et al.* PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE GESTANTES FRENTE À SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO. **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. 2017.

NETO, João Leite Ferreira; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1119-1142, 2010

NOGUEIRA, Anelise; CARREIRO, Marina. Obesidade e gravidez. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2013; 23(1): 88-98

OLIVEIRA, Cibele Roso; TRAESEL, Elisete Soares. MULHER, TRABALHO E VIDA FAMILIAR: a conciliação de diferentes papéis na atualidade. **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 149-163, 2008.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2016;37(esp):e2016-0029.

SANFELICE, Cheila; *et al.* Crenças e práticas do período gestacional. **Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, p.3548, 2013.

SURITA, Fernanda Garanhani; NASCIMENTO, Simony Lira do; SILVA, João Luiz Pinto. Exercício físico e gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo/SP. 2014; 36(12):531-4

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL, EM UMA UBSF, NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE/RS

Letícia Costa Alves
Cristiane Barros Marcos
Ceres Braga Arejano

Introdução

A necessidade e a urgência de mudanças, na saúde pública brasileira, receberam sua resposta na Constituição Federal de 1988, quando a saúde, no Brasil, passou a ser um direito de todos e dever do Estado. A partir daí, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante à população acesso universal e igualitário às ações e serviços em saúde. Passados dois anos desse processo, com a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde foram instituídas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como a participação social na cogestão do Sistema de Saúde (BRASIL, 1990). Essa transformação, na Saúde Pública brasileira, teve como origem o Movimento pela Reforma Sanitária, que articulou, junto à Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação de um sistema de saúde que integra uma rede regionalizada e hierarquizada e que está organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação popular.

Somando-se ao Movimento de Reforma Sanitária, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, igualmente importante, em relação ao cuidado à Saúde Mental da população brasileira, conquistou no Congresso Nacional, em abril de 2001, a aprovação da Lei de proteção ao sofredor psíquico, - Lei da Reforma Psiquiátrica/Lei 10.216/2001 -, que passou a assegurar a atenção integral ao portador de transtornos mentais e a garantia de direitos em serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os chamados de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Ambas as Reformas encontram suas origens nas reuniões realizadas, através da Organização Mundial da Saúde, na cidade de Alma-Ata (OMS, 1978). Tais eventos ocorreram em 1978, no leste Europeu, e preconizaram e estabeleceram, em plano mundial, a participação dos governos na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde dos cidadãos. Os chamados cuidados primários em saúde primam pelo bem-estar físico, psíquico e social de todos, sendo desenvolvidas onde a população reside, trabalha e

convive, ou seja, no Território³⁵. Em 1990, fruto da reunião de Alma-Ata (1978), ocorreu, em Caracas/Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, em que o Brasil foi signatário da Declaração de Caracas (OMS, 1990). Esta Conferência, nos mesmos “moldes” da reunião de Alma-Ata, também procurava assegurar, na área da saúde mental, as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. A Declaração de Caracas (OMS, 1990) enfatiza que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, continuada, participativa e preventiva e que a reestruturação da atenção psiquiátrica articulada à Atenção Primária de Saúde, nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos assistenciais em saúde mental centrados na comunidade e nas suas redes sociais.

Nesse sentido, também, no Brasil, iniciou-se um movimento nacional, visando garantir a ampliação dos serviços de saúde mental substitutivos ao modelo centrado nos hospitais psiquiátricos. As transformações ocorridas, no campo político, repercutiram no campo teórico-conceitual, assistencial e ético (AMARANTE, 2007) e foram incorporadas à Política Setorial de Saúde e Saúde Mental em nosso País.

A partir desses fatos, surgiram os novos serviços de saúde mental, no Brasil, para assegurar a superação do modelo hospitalocêntrico e suas formas tradicionais de tratamento da doença mental. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS se dividem em quatro tipos: o CAPS destinado aos cuidados de transtornos mentais em população adulta e adulta jovem; o CAPS Infanto-Juvenil (CAPS-i); e o CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad) que visa atender pessoas com problemas relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Mais recentemente, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial III que se apresentam como serviço de saúde mental aberto durante 24 horas e podem ser nas modalidades de CAPS adulto ou CAPS ad (BRASIL, 2015).

Não somente o dia a dia do processo de trabalho em saúde mental passou por mudanças, mas também a Atenção Básica conquistou avanços no Brasil. Com a edição da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) e sua atualização pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), os cuidados primários em saúde se apresentam como diretriz e orientação nacional para a organização do Sistema de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada desse mesmo Sistema, garantindo o acesso e a atenção integral a todos os cidadãos.

A complexidade dos problemas de saúde da população trouxe outros avanços na área e exigiu a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação

³⁵Conceito utilizado e desenvolvido por outras áreas do conhecimento, como a Geografia, a Biologia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política e a Filosofia, mas que emprestaram significado importante, também, ao campo da Saúde Coletiva. No contexto da Atenção Básica, Território faz referência ao planejamento e à execução de ações locais (LIMA e YASUI, 2014).

concretizada através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde.

Neste sentido, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família traz, em seu bojo, as práticas de cuidado baseadas na relação de diálogo com o usuário e, portanto, de inclusão deste no processo de cuidado. Sujeitos de um mesmo processo (residentes e usuários) realizam a construção de um encontro que busca um mesmo propósito: a inclusão do usuário na gestão compartilhada e potente do cuidado (AREJANO; MARTINS, 2016, p. 67).

A equipe de residentes do Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família (RMSF/FURG) trabalha, conjuntamente, com a equipe de profissionais da saúde que atuam na Unidade Básica Saúde da Família/UBSF. Esse programa objetiva a formação em serviço, dos egressos dos cursos de graduação da Enfermagem, Educação Física e Psicologia, oportunizando a expansão e consolidação da Atenção Básica em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Em relação à assistência à população que padece de transtornos mentais, cabe destacar que, de acordo com o levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, a cada quatro pessoas atendidas na Atenção Básica, uma possui diagnóstico de transtorno mental segundo o CID-10 (BRASIL, 2013, p. 89). E, ainda, há casos de sofrimento psíquico, não tipificados no CID-10, mas que acarretam sofrimentos e exigem cuidado por parte dos trabalhadores da saúde.

No entanto, em diversas situações, podemos observar, no cotidiano do trabalho nas unidades básicas saúde da família, visível desconforto de alguns profissionais ao se defrontarem com as demandas de Saúde Mental dos usuários. Com frequência, ocorriam solicitações para a psicóloga residente “assumir” o Acolhimento de quem estivesse, por exemplo, em alguma manifestação de ansiedade, choro ou verbalizando algo que pudesse “inquietar” o profissional que estivesse realizando o Acolhimento.

A partir dessas observações, surgiu nosso interesse em compreender o processo de Acolhimento, atividade realizada pela equipe de profissionais da UBSF, como processo de “trabalho constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa” (BRASIL, 2004, p.14). Nesse sentido, ainda surgiram, para nós, alguns interrogantes a respeito da atividade de Acolhimento, como, por exemplo: quais as percepções dos profissionais da saúde da UBSF sobre o Acolhimento da população adstrita que trazem demandas de saúde mental? E, por que, na sua grande maioria, as demandas de saúde mental não recebem o mesmo acolhimento e cuidado por parte dos profissionais da saúde da UBSF, frente a outras demandas de caráter estritamente biológico, por

exemplo? Ou ainda, por que normalmente as demandas de saúde mental são estigmatizadas pelos profissionais de saúde?

Para tanto, procedeu-se à organização e à análise dos dados do cadastro das famílias da UBSF, registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde/ACS, em que constavam: número da população adstrita, faixa etária e comprometimentos de saúde como tipo de enfermidade. O intuito foi transformá-los em informação de qualidade para responder aos interrogantes e permitir a maior qualificação das ações desenvolvidas na UBSF.

Evidenciou-se um grande número de moradores com acentuado sofrimento psíquico relacionado a doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. E, ainda, uma população com baixa escolaridade, pouco ou nenhum poder aquisitivo e a convivência frequente com todos os tipos de violência, no âmbito doméstico ou territorial, como a violência associada ao tráfico de drogas. Entendemos que a soma desses condicionantes e determinantes da saúde, entre outros, corroboravam para as queixas de sofrimento psíquico da população acolhida pela UBSF.

Sendo assim, buscou-se, neste estudo, compreender as percepções dos profissionais de saúde que compõem a Equipe de Saúde da Família/ESF, na UBSF, sobre o Acolhimento em Saúde Mental. Aliado a isso, gerar reflexões sobre o processo de trabalho no que tange ao Acolhimento, assim como conhecer as necessidades desses profissionais para o Acolhimento da população adstrita com demandas de saúde mental.

A Política Nacional de Humanização e o Acolhimento dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde/SUS, se comparado a outros sistemas de saúde em países como Inglaterra e França, quando da sua implantação, traz como característica principal: o propósito do cuidado revolucionário, haja vista, por exemplo, sua garantia de acesso gratuito para qualquer cidadão, independentemente de sua nacionalidade. Porém, ao longo dos últimos anos, era necessário, ainda, requalificá-lo e, a partir dessa lógica, a Política Nacional de Humanização/PNH em 2003 (BRASIL, 2009), idealizada pelo Ministério da Saúde/MS, surgiu a associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade.

Na raiz da PNH, que visa requalificar o SUS, encontra-se a necessidade de garantir a horizontalidade das relações entre o profissional da saúde, usuário e o gestor do serviço, assim como garantir a participação social na tomada de decisões no setor saúde. Cabe destacar, nesse aspecto, a importância do protagonismo do sujeito e enfatizar a relevância da comunicação em saúde entre profissionais, gestores e usuários do SUS. De acordo com a PNH: um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de

direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

A PNH é um “arranjo organizacional” que traz, em seu bojo, um modelo ético-político e ideológico de funcionamento do sistema de saúde. Atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, permitindo-lhes tecer um “fio condutor”, por exemplo, ao Acolhimento no cuidado em Saúde, nos diferentes níveis de atenção.

Essa política traz consigo diretrizes que, juntas, desenham o ideal do funcionamento do SUS como um todo, ou seja, como se dá o arranjo deste trabalho. São elas: o Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador, e Defesa dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2013).

Entre as diretrizes, o Acolhimento, destaca sua importância na atenção à saúde, ao reconhecer a necessidade do outro (queixa) como algo singular e respeitável. O Acolhimento tem como principal objetivo a criação de vínculo e confiança entre os envolvidos. Ele é a força motriz para o engajamento em um tratamento ou para a simples busca de ajuda. Esta qualidade no serviço é oferecida através da escuta qualificada (BRASIL, 2013). Esta pressupõe que o usuário seja sempre ouvido pelos trabalhadores das diversas áreas, independentemente do teor de suas queixas e demandas, em local adequado, de forma que valorize as suas necessidades de Atenção em Saúde (BRASIL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família e o Acolhimento dos Usuários do Sistema Único de Saúde

A Atenção Básica tem como objetivo possibilitar o acesso universal a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, a integralidade do cuidado, desenvolver relações de vínculo com o usuário e estimular a participação popular através do controle social do SUS. Aliado a isso, o trabalho se realiza em um território adscrito, que se dá de forma que uma unidade de saúde esteja disponível nas proximidades dos domicílios. Esse formato permite o planejamento e a programação descentralizada através da (re)organização do sistema que preconiza que a Atenção Básica seja a principal porta de entrada e o centro da comunicação da complexa rede de saúde que é o SUS (BRASIL, 2012).

Concretizando as grandes alterações e novas percepções de atenção à saúde no Brasil, vivemos, nos últimos anos, duas grandes reorganizações na Política Nacional da Atenção Básica/PNAB. A primeira reorganização da Atenção Básica, através da Portaria nº 2.488/2011, estabeleceu revisão de diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família/ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde /PACS e, a segunda, em 2017, a Portaria Nº 2.436/2017, aprova a nova PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família/ESF ocupa o primeiro nível das ações de atenção em Saúde. E, é através da sua organização que ela é percebida como uma estratégia eficaz para a otimização do trabalho em cuidados primários à saúde. A Atenção Básica é responsável pelo desenvolvimento de ações de cuidado em saúde, seja no âmbito individual e/ou coletivo e visa à redução do risco de doenças e de outros agravos através da promoção e da proteção, reabilitação, redução de danos e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com o SUS, a ESF “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2013 p. 19). Ou seja, objetiva-se atender o indivíduo e a comunidade como um todo dentro de uma concepção de atenção integral, de tal forma que propicie consequências positivas no autocuidado, autonomia e protagonismo do sujeito.

Aumentando o escopo de possibilidades de cuidar a saúde do indivíduo e da comunidade de forma integral, o Ministério da Saúde propôs um trabalho de equipe multidisciplinar para operacionalizar tal ideal. Essa equipe é responsável por cobrir o cuidado à população adstrita, integrá-la e coordenar o cuidado de forma que atenda às necessidades em saúde através de uma atenção integral e continuada nos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Em vista disso, em uma UBSF, atuam uma ou mais equipes técnicas, identificadas como equipe mínima ou equipe de referência quando na relação com outros dispositivos da rede de saúde. As unidades básicas foram planejadas para atender em torno de 3.500 habitantes (BRASIL, 2015) e são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde – quem estabelece uma ligação contínua e permanente entre a comunidade e a UBSF (BRASIL, 2012. p. 69).

A Saúde Mental e o Sofrimento Psíquico do Usuário do Sistema Único de Saúde

Ao iniciarmos as discussões sobre Saúde Mental, torna-se pertinente informar que utilizamos o termo quando nos referimos a um campo de conhecimento interdisciplinar, que percebe o cuidado em Saúde Mental pertencente a diversas áreas do conhecimento. Dentre essas áreas, podem ser encontradas: a enfermagem, medicina de família e comunidade, neurologia, neurociências, odontologia, antropologia, teologia, fisiologia, filosofia, sociologia, história, geografia, entre outros (AMARANTE, 2007; LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Hoje em dia, a expressão saúde mental assume o reconhecimento de ser um campo do saber-fazer-poder interdisciplinar, intersetorial, interinstitucional e acontece, preferencialmente, no território e agencia as redes de políticas públicas, potencializando o

vínculo entre os trabalhadores e o sofredor psíquico, otimizando a rede de apoio entre o sofredor e a comunidade.

Sobre a expressão saúde mental concordamos que:

“Embora muitas pessoas experimentem níveis insuportáveis de sofrimento isso não faz delas ‘doentes mentais’, já que simplesmente não existe Saúde Mental. Quanto mais exploramos cada caso individual, mais descobrimos que a pessoa aparentemente ‘saudável’ pode ter crenças delirantes ou sintomas que não geram conflito em sua vida, e por isso não despertam atenção” (LEADER, 2013. p. 14).

Historicamente, o entendimento de transtorno mental, ou mesmo de doença mental, carregam uma visão estigmatizada por parte da sociedade. Essa visão está associada à ideia de ausência de controle do sofredor psíquico, aliada a uma espécie de irracionalidade como se crê (pelo senso comum) própria do reino animal. Portanto, a pessoa que sofre com alguma doença mental, normalmente, é vista como um ser perigoso para si próprio e para as demais pessoas da sociedade (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Este entendimento é reforçado, também, pelos meios de comunicação, através de telejornais ou mesmo de grandes produções cinematográficas, como a seguir:

“Seja em ‘Um estranho no ninho’, ‘Garota interrompida’, ou ‘Uma mente brilhante’, porque sempre se faz a loucura ser tão visível tão tangível, tão audível? As pessoas conversam com amigos imaginários, espumam pela boca, têm alucinações aterradoras, tagarelam sem parar, fazem discursos extravagantes e delirantes sobre complôs contra elas. Em geral são retratadas como incrivelmente brilhantes ou incrivelmente burras, como gênios ou brutamontes, mas com quase nada no meio-termo.” (LEADER, 2013. p.17).

A equipe mínima da Estratégia Saúde da Família e a sua relação com o campo da Saúde Mental

Os Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), afirmam que o sentimento de despreparo, vivenciado pelos profissionais da área da saúde, em lidar com as questões de Saúde Mental só não é menor do que o vivenciado por um leigo.

Estudos corroboram com esta afirmação quando são entrevistados 45 enfermeiros da ESF, em uma microrregião do Sul de Minas Gerais, perguntando se esses se sentiam preparados para lidar com a demanda de saúde mental. Dos 45 entrevistados, 31 relataram que não se sentiam preparados, enquanto, somente, 14 responderam que acreditavam estar preparados. Os que relataram sentimento de despreparo foram questionados sobre o porquê deste sentimento e suas respostas apontaram inexperiência e falta de conhecimento na área de Saúde Mental, ausência de capacitação promovida pelos serviços e sentimento de insegurança, entre outros, ao perceberem serem demandados por queixas de saúde mental. (GONÇALVES *et al*, 2013).

Também, um fator que pode estar atrelado a este sentimento de falta de preparo por parte dos profissionais da saúde, outros autores apontam o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Modelo que está centrado na assistência por especialidades, fragmentado e disciplinar. Demonstrando, assim, que a compreensão do conceito de saúde integral, ainda, é percebida como a ausência da integração dos aspectos biológicos e psicológicos do indivíduo (ROSA E LABATE, 2003; SILVA *et al*, 2013). Fator este que pode tornar ainda mais distante a apropriação por parte dos profissionais da saúde, dos conhecimentos sobre o campo da Saúde Mental.

Como podemos perceber até aqui, doença física e doença mental parecem andar em mundos distantes um do outro. O dualismo corpo/mente é histórico e um problema ainda atual. Os profissionais de saúde, ao relatar um incômodo em lidar com as questões de Saúde Mental, visivelmente expõem esta percepção dicotômica, portanto de divisão entre o corpo e a mente.

Uma dor física pode ter sua origem no campo psicológico. Isto é apresentado nos Cadernos de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2013), em que se faz referência ao Acolhimento a partir da seguinte percepção:

Muitas pessoas chegam aos serviços da Atenção Básica com queixas de sintomas físicos para os quais não encontramos explicação médica. Essas reclamações podem ser muito persistentes, de forma que levam a equipe a um esforço grande para detectar qual patologia existe por trás do quadro sintomático. Não havendo evidência clínica de que o sujeito está com alguma doença *real*, muitas vezes a equipe passa a desconfiar dessa pessoa – de que ela esteja mentindo sobre sentir os sintomas, de que ela seja muito *fresca*, de que ela queira *chamar a atenção* de todos (BRASIL, 2013. p. 143).

A partir de tal constatação, o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) complementa o contexto da situação apresentada e orienta para as seguintes possibilidades de ação:

Contudo, talvez o que exista por trás de tais queixas seja um sofrimento muito grande. E a pessoa que sofre não está conseguindo associar a sua situação de sofrimento aos sintomas que está produzindo. Nesse sentido, cabe ao profissional da Atenção Básica trabalhar no sentido de ajudar a pessoa a perceber que existe o sofrimento – que muitas vezes não é nem mesmo reconhecido por ela – e acolher esse sofrimento com uma postura de empatia e solidariedade, construindo em conjunto com a pessoa um projeto simples que vise ao cuidado da pessoa em sofrimento (BRASIL, 2013. p. 143).

A formação dos profissionais da saúde quando disciplinar, portanto, fragmentada, agrava o pensamento dicotômico mente-corpo. A equipe de profissionais da rede básica acaba por acreditar que, quando o *problema é a nível mental* tem que haver,

necessariamente, uma escuta especializada de um psicólogo ou a avaliação psiquiátrica para a prescrição de medicamentos e cuidado. Ou seja, acaba por ocorrer uma (des)responsabilização pela demanda a partir da crença de que os devidos encaminhamentos aos “profissionais certos” é que podem resolver a situação (CAMURI E DIMENSTEIN, 2010).

Sendo assim, percebemos que as queixas dos usuários ligadas às questões de saúde mental, quando da prática do Acolhimento, ao serem recebidas pelos profissionais da saúde que compõem a ESF, não precisam ser encaminhadas a serviços especializados, mas sim assistidas na própria unidade de saúde, a partir da escuta e da assistência integral do usuário pelos profissionais da saúde da ESF.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo constitui uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo, que contempla a abordagem das pesquisas qualitativas.

De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa se ocupa da realidade não quantificável. No caso deste estudo, buscou-se compreender a percepção dos profissionais da saúde da equipe da ESF sobre o Acolhimento em Saúde Mental.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre os meses de setembro e novembro de 2017, com duração de uma hora cada, no turno de trabalho reservado ao expediente interno da UBSF. O espaço utilizado apresentava infraestrutura adequada e privacidade para a realização da entrevista.

A entrevista semiestruturada apresenta roteiro flexível, o que possibilitou, aliada às perguntas fechadas, questionamentos abertos e garantiu a possibilidade de os participantes falar, de forma livre, sobre o que pensa a respeito do que lhe foi questionado (GUERRA, 2014). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua totalidade, incluindo cada expressão verbal dos entrevistados e, posteriormente, foram analisadas.

Para a análise da produção de dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), que consiste na interpretação dos dados obtidos e permite, inclusive, a interpretação de mensagens obscuras ou de duplo sentido que irão exigir, em última instância, uma observação com zelo e uma “intuição carismática” (BARDIN, 2011. p. 20). A proposta desse método se pauta em dois objetivos: a “superação da incerteza” - incerteza esta que estaria ligada a um método preocupado somente com números, desprovido de uma análise singular com determinado fenômeno (BARDIN, 2011. p. 35); e o “enriquecimento da leitura” (BARDIN, 2011. Pg. 35). Então, pode-se afirmar que uma escuta atenta, embasada em um método rigoroso de inferência, pode extrair inúmeros elementos importantes à comunicação.

Os profissionais da UBSF que aceitaram participar da pesquisa foram: (1) médico(a), (2) enfermeiros(as), (2) técnicos(as) de enfermagem, (1) odontólogo(a) e (1) auxiliar de saúde bucal.

A UBSF, na qual esta pesquisa foi realizada, se situa em um bairro periférico do município do Rio Grande, no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul. O bairro conta com cerca de 5.000 habitantes. Todas as famílias são atendidas pelos profissionais de saúde da unidade, e as famílias estão divididas em duas grandes áreas adstritas.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da enfermagem, da medicina, da odontologia, da área da técnica de enfermagem e/ou do auxiliar de saúde bucal, e atuar na referida Unidade Básica de Saúde da Família. O gênero dos participantes não foi informado. Foram excluídos os agentes comunitários de saúde, pois esses não realizam a atividade de Acolhimento da UBSF, e os trabalhadores que não fazem parte da equipe mínima da unidade, como os Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e os Residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12, que rege as pesquisas realizadas com seres humanos. Foi aprovada, pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEPAS/FURG), através do Parecer 133/2017, bem como pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC/SMS), conforme o Parecer número 014/2017.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram identificados através das siglas E1, E2, E3, E4, E5, E6, e E7 a fim de garantir sigilo e anonimato, conforme pactuado no TCLE.

Resultados e Discussão

Após a leitura atenta e pormenorizada das entrevistas, foram identificadas três categorias temáticas: (1) os conhecimentos em Saúde Mental para a formação do profissional da UBSF; (2) o sentimento de despreparo dos profissionais da UBSF para o Acolhimento em Saúde Mental; (3) a construção do vínculo enquanto cuidado longitudinal entre os profissionais da UBSF e a população adstrita.

Os conhecimentos em Saúde Mental na formação do profissional da UBSF

A Atenção Psicossocial considera a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico, alguém que faz parte de um contexto social e, que, por sua vez, também, possui as suas singularidades. Ou seja, este indivíduo é visto não apenas pela lente de quem procura o diagnóstico, mas como alguém que é percebido na sua integralidade. Essa visão parte do entendimento da percepção do indivíduo como ser biopsicossocial (WETZEL *et al*, 2011) e, neste sentido, foram criados os CAPS, que: “Embora cuidem da doença, os serviços devem procurar valorizar o potencial de cada pessoa” (KODA; FERNANDES 2007, p. 1457). Ou

seja, o cuidado ao sofredor psíquico deve se pautar na proposta de trabalhar com o indivíduo a partir das suas necessidades e desejos, e não apenas a partir da chamada “doença mental”. Porém, os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, que tem como modelo a atenção psicossocial, ainda, hoje, em sua maioria, trabalham na lógica da doença mental (WETZEL *et al*, 2011),

Diante dessas reflexões, questiona-se: Por que, apesar de todas as mudanças do paradigma da doença mental para o paradigma da saúde mental, ainda se realizam procedimentos aliados ao saber-fazer do paradigma psiquiátrico tradicional?

Em estudo realizado, a partir de entrevistas semiestruturadas com 19 coordenadores de serviços de Saúde Mental, no interior de Goiás, a fim de compreender os aspectos relacionados à formação. A capacitação dos profissionais que atuam nestes serviços evidencia, a seguir, que:

“Os coordenadores apontam para a superficialidade com que a saúde mental é abordada durante a graduação e a pouca aproximação com os serviços substitutivos durante os estágios e ou aulas práticas. A exposição a conteúdos curriculares pertinentes sobre esta área torna mais provável que os estudantes desenvolvam atitudes positivas às pessoas com transtornos mentais.” (SILVA *et al*, 2013. p. 1146).

Esses autores afirmam que a formação dos profissionais da saúde segue em um formato fragmentado, não favorecendo a percepção do usuário como ser integral, portanto, dessa forma, não se articulando a favor do paradigma biopsicossocial.

Sabe-se que o panorama concernente à Educação no Brasil tem-se expandido nos últimos anos. São vários os novos cursos de graduação que surgiram neste processo. Dentre eles, os pertencentes à área da saúde. Porém, com toda esta expansão, é sabido que os mesmos não se adaptaram às necessidades sociais atuais, portanto seguem em um modelo que não prioriza a formação dos profissionais de saúde para atuação nos serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, mesmo após a mudança de paradigma (KODA & FERNANDES, 2007; SILVA *et al*. 2013; VARGAS *et al*. 2018).

Em relação ao oferecimento das disciplinas de saúde mental, nos cursos de formação profissional, há as seguintes falas:

E4: “Fomos encaminhados para o estágio no hospital psiquiátrico. [...] durante o período das aulas, eles [os professores] falavam muito que a gente tinha que ter cuidado com os pacientes lá dentro. Nós deveríamos evitar de ficar encarando o paciente, evitar contatos pessoais, evitar de conversar em grupos fechados. Então fomos pra lá com todas as restrições possíveis”;

E7: “Foi uma cadeira [disciplina]. Só a cadeira de psiquiatria, e a gente tinha esse atendimento que era uma vez por semana. Era 1 vez e 1 hora só. Não foram bem 6 meses, foram uns 3 ou 4”;

A partir dessas falas, percebe-se que o Hospital Psiquiátrico é um dos locais mais visíveis para os estágios curriculares e como se dava a formação teórica em Saúde Mental. Evidencia-se a concepção de periculosidade do usuário com transtorno mental, através da fala de E4, que declara o foco que havia nas psicopatologias e, também, na fala de E7, que denota a questão temporal como sendo um curto espaço de tempo de aproximação com a temática.

Um estudo exploratório recente, na Universidade de São Paulo/USP, analisou o currículo de todos os cursos de graduação em enfermagem cadastrados no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, por meio de análise documental (VARGAS *et al.* 2018). Dos 521 cursos pesquisados no perímetro brasileiro, 50,3% disponibilizava uma disciplina de Saúde Mental ou enfermagem psiquiátrica; 2,3% não ofereciam nenhuma disciplina relacionada à Saúde Mental; e o restante se dividia entre 2 ou 3 disciplinas relacionadas ao longo do curso.

Porém, percebe-se que esses déficits, na formação acadêmica dos profissionais, também, ocorrem em uma investigação educacional, de enfoque qualitativo, na cidade de Sobral (CE), com 26 médicos da Estratégia Saúde da Família, lotados em 28 Unidades Básicas de Saúde da Família (PEREIRA & ANDRADE, 2018).

Dentre os achados da pesquisa, enfatiza-se que os entrevistados declararam que os temas tratados sobre Saúde Mental foram insuficientes, eram todos de base hospitalar, curativa e sem levar em conta o contexto comunitário. Além disso, apontaram que, em alguns casos, a formação ocorreu de forma negativa, de modo que se reforçaram preconceitos em relação ao atendimento psiquiátrico, o que resultou na colocação de barreiras e de dificuldades na aproximação com a temática e, por consequência, no interesse em atender a usuários com transtornos mentais (PEREIRA & ANDRADE, 2018).

Uma revisão de literatura, em 2011, procurou promover uma discussão sobre a Atenção à Saúde Bucal, que se direciona aos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. Neste estudo, a autora frisa que muitos profissionais odontólogos se sentem inseguros de realizar procedimentos cirúrgicos quando seus pacientes são portadores de algum transtorno mental, e acrescenta informações sobre como são as formações acadêmicas:

Tendem a exercer uma prática totalmente tecnicista, deixando de lado qualquer tipo de sensibilidade social. Por isso, é muito importante que aconteça uma mudança dos conceitos e práticas dos profissionais já formados e também daqueles que ainda não estão no mercado de trabalho (LAUAR, 2011. p. 21).

Após essas análises sobre as publicações que exploram as matrizes curriculares dos cursos da saúde, podemos perceber os constantes apontamentos para a necessidade de

aprimoramento na formação em Saúde Mental. Até mesmo os cursos que, desde o seu princípio, atendem pessoas com inúmeros tipos de queixas não se encontram ainda satisfatoriamente instrumentalizados quanto às disciplinas que dizem respeito à temática de Saúde Mental.

No Relatório final, da IV Conferência de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, em 2010, aparecem as preocupações quanto aos currículos acadêmicos no que tange aos conteúdos de Saúde Mental. Uma das proposições dentro do capítulo de formação, educação permanente e pesquisa em Saúde Mental aponta a necessidade de transformações nas matrizes curriculares de vários cursos da saúde. (BRASIL, 2010).

A partir do exposto, pode-se perceber que, ainda, é insuficiente a formação a respeito do cuidado em Saúde Mental nos cursos de graduação e cursos técnicos da área de saúde, justificando o que ocorre com as demandas de saúde mental na Atenção Básica, ao não receberem o mesmo cuidado, por parte dos profissionais de saúde, em relação às demandas da população de caráter eminentemente biológico.

O Sentimento de Despreparo dos Profissionais da UBSF para o Acolhimento em Saúde Mental.

O sentimento de despreparo dos profissionais da UBSF, para o Acolhimento em Saúde Mental, pode se apresentar como um dos fatores causais das “lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido” (BRASIL, 2010. P. 10).

Observamos, nas entrevistas, que havia, entre os entrevistados, aqueles que acreditavam que o acolhimento da UBSF era bom. Porém, mesmo estes, também, acreditavam necessitar de maior número de capacitações a fim de torná-lo melhor.

Por outro lado, parte da equipe acreditava que havia despreparo em todas as fases do Acolhimento. Essas constatações ficaram marcadas a partir das seguintes falas:

E1: [...] “Eu vejo que há um despreparo, né... é a escuta e a boa vontade mesmo”;

E2: [...] “Eu acho que o acolhimento é bom, né, na medida do possível, não é o ideal”;

E4: [...] “Eu me sinto totalmente despreparada”;

E5: [...] “pelo que eu vejo a equipe não tem preparo”;

Essas afirmações são condizentes com o Caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.100), ao abordar o tema de Saúde Mental, fazendo a seguinte referência: “o sentimento de despreparo para realizar uma intervenção que seja socialmente e tecnicamente adequada para fazer diante dessas situações não é menor no leigo, do que a que acomete os profissionais de Saúde em geral”.

Este sentimento aparece, também, na pesquisa recentemente realizada em Vitória/ES, a qual objetivou pesquisar as práticas profissionais das Unidades de Saúde da Família no cuidado integral para pessoas que apresentavam sofrimento psíquico ou alguma doença mental (SILVA *et al*, 2017). Durante a coleta de dados, sobre a percepção dos profissionais com relação a esses usuários, constataram que alguns lidavam de forma positiva com os mesmos, embora outros não o fizessem:

[...] “aqui também existem dificuldades e resistências por parte de alguns profissionais que acreditam não estarem preparados para a escuta do sofrimento, como se necessitassem de outro ‘modo’ de ouvir ou um novo instrumento de trabalho que elevasse a sua compreensão para que a demanda fosse acolhida e ouvida.” (Silva *et al.*, 2017, p. 413).

Concordando em relação aos motivos que levam os profissionais a perceberem o sentimento de despreparo no cuidado em saúde mental, aparecem desejos e necessidades em se instrumentalizar através de capacitações, Educação Permanente ou qualquer tipo de trabalho educativo sobre o Acolhimento em Saúde Mental. Ou seja, o sentimento manifesto de despreparo dos profissionais está ligado à ideia da necessidade de se capacitar para lidar com a demanda de Saúde Mental. A maior formação na área é percebida e funciona como um modo auxiliar em lidar com as dificuldades percebidas por esses profissionais em relação às demandas de saúde mental dos usuários.

Uma outra pesquisa, que também vem a corroborar com esses achados, buscou, dentre outros fatores, a atuação dos profissionais de Saúde da Atenção Básica com relação aos atendimentos em Saúde Mental. Os autores enfatizaram a necessidade de, com grande frequência e qualidade, ofertar atividades de capacitação em Acolhimento de Saúde Mental para os profissionais das equipes de saúde (SOUZA *et al* 2012).

Nesse sentido, pode-se perceber que a questão do sentimento de despreparo para o acolhimento em Saúde Mental é um achado comum em muitas pesquisas, e não um fenômeno local. O sentimento de despreparo está presente, também, naquelas pesquisas que não estão direcionadas ao Acolhimento em Saúde Mental, mas ao cuidado geral no SUS.

Outro estudo, realizado ações no Rio de Janeiro/RJ, de 2009 a 2013, buscou discutir quais eram os desafios para implementar de Saúde Mental na ESF, valendo-se de uma perspectiva de desinstitucionalização e de territorialização do Cuidado (PRATA *et al*, 2017).

Neste estudo, foram realizadas entrevistas com gestores, grupos focais com trabalhadores e visitas sistemáticas ao campo da saúde. Por fim, dentre alguns dados coletados desta pesquisa, encontra-se a percepção dos trabalhadores sobre o Acolhimento em Saúde Mental, conforme observado, pelo autor, na seguinte fala:

Referiam-se, muito positivamente, à prática do matriciamento, feita por profissionais do centro de atenção psicossocial, as consultas e abordagens conjuntas, mas continuaram afirmando

sua insegurança e seu sentimento de despreparo para lidar com os casos de saúde mental [grifo meu]. (PRATA *et al.* 2017 p. 47).

A partir desses achados, algumas questões que se apresentam são: o que poderia estar relacionado a este sentimento de despreparo tão comum, encontrado em inúmeros profissionais da saúde?

Seguindo este raciocínio, uma questão que vem somar-se ao sentimento de despreparo, no Acolhimento em Saúde Mental, provavelmente, é o fato de que o sofrimento psíquico seja algo “invisível”, se comparado com o sofrimento físico. O próprio Caderno do Ministério da Saúde, ao tratar do tema de Saúde Mental, refere que, muitas vezes, quando algum sintoma físico aparece, porém de natureza psicológica, o usuário é percebido como alguém “fresco” ou, ainda, como alguém que “está mentando” (BRASIL, 2013. p. 143).

Ao perguntarmos aos participantes como se sentiam ao realizarem o Acolhimento de uma pessoa em sofrimento psíquico, obtivemos as seguintes respostas:

E1: “Já aconteceu de vir uma pessoa para o acolhimento, aí não tava o médico, não tava a psicóloga. Aí a gente fica pensando: será que voltou pra casa? Será que foi procurar ajuda no CAPS como orientamos? A gente fica naquela tristeza de não poder ajudar;

E4: “Em pânico... se é um paciente agressivo eu tenho medo”;

E5: “É difícil, dependendo do paciente e do problema... gostaria de uma psicóloga pra ajudar”;

Por meio dessas falas, pode-se denotar que o entendimento acerca do conceito “sofrimento psíquico” alcança seus exemplos mais extremos quando se percebe a presença da agressividade ou algum diagnóstico de Doença Mental. A própria fala de E1, quando diz questionar-se, “[...] será que foi procurar ajuda no CAPS, como orientamos?” ilustra o entendimento dos participantes que os problemas associados a saúde mental, necessariamente, precisam ser tratados em um local específico da área da saúde mental.

Nenhuma das ideias acerca de sofrimento psíquico, apresentadas pelos participantes, o compreende como algo que todos podem manifestar em algum momento da vida. E, mais do que isso, que podem ser questões de ordem vivencial (NETTO, 2013), como um estresse momentâneo devido a alguma mudança significativa na vida do sujeito.

Ainda, sobre a análise das falas dos participantes, essas fazem eco. Há a crença da sociedade de que a doença mental está associada à ideia de ausência de controle, irracionalidade e periculosidade a si e aos demais ao redor desta pessoa (LANCETTI; AMARANTE 2012). Ou seja, embora o questionamento da entrevista circundasse algo muito mais comum, corriqueiro e, até mesmo, inerente ao ser humano (sofrimento psíquico), as falas dos participantes fizeram analogia à doença mental e referência aos sentimentos mais extremos apresentados pelos usuários quando do Acolhimento na UBSF.

Seguindo nesta lógica, na medida em que os participantes do estudo se percebem incapazes de dar respostas ao sofrimento psíquico, o usuário, por sua vez, pode sentir-se excluído e solitário diante da dificuldade de encontrar ajuda e compreensão para o seu sofrimento. Em consequência, o usuário pode procurar isolar-se a fim de evitar contatos com outros indivíduos que compõem a sua rede social.

Além disso, o Acolhimento é um direito de todos os cidadãos. A dificuldade de executar esta função, por parte dos participantes do estudo, vem reforçar o estigma histórico apontado pelo Ministério da Saúde, que refere: “Há que se estar atento à exclusão que o grupo de usuários com sofrimento/transtornos mentais sofre, tendo a maioria de seus direitos negados por um processo histórico de invisibilidade, preconceitos e estigmas.” (BRASIL, 2013. p. 127).

Porém, diante disso tudo, é interessante pensar, de forma mais ampla, sobre estes dois conceitos: o sofrimento psíquico como algo de ordem vivencial e inerente à vida humana, como já visto anteriormente (NETTO, 2013), onde a doença mental reflete que: “Cada um de nós enfrenta problemas com os quais lida a sua maneira singular, e aquilo que é rotulado de doença mental, na realidade, pode ser um esforço para reagir a estas dificuldades e elaborá-las.” (LEADER, 2013. p.14).

A Construção do Vínculo enquanto Cuidado Longitudinal entre os Profissionais da UBSF e a População Adstrita.

É, a partir do vínculo que atua como estratégia promissora do cuidado em Saúde, que os profissionais têm acesso ao indivíduo, na medida em que têm a possibilidade de reconhecer as necessidades, desejos e demandas da comunidade.

Mais do que criar um elo com a comunidade, o vínculo é, conforme o Ministério da Saúde, “o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica” (BRASIL, 2010. p. 23). Isto é, na sua própria condição de ser, o vínculo já serve ao cuidado em Saúde no momento em que se constrói. Independentemente da necessidade do usuário no momento, a disponibilização atenta e cuidadosa do profissional já atua de forma a construir o começo da resolutividade do problema.

Para os participantes, o fato de comporem a equipe da ESF é um ponto favorável à possibilidade de se aproximar do usuário. Mais do que isso, a possibilidade de conhecer o funcionamento e estrutura das famílias ao mesmo tempo em que já percebem os comportamentos mais usuais da população adstrita.

Ao serem questionados sobre a estratégia do Acolhimento, afirmaram que o vínculo com a comunidade facilitava sua operacionalização e, por conta disso, conseguiam captar algum sinal “diferente” no usuário que desse a entender que algo “errado” poderia estar acontecendo. Como se pode observar nos seguintes trechos:

E1: [...] “na estratégia tu tem esse vínculo, então tu conversa muito e tu percebe se está ou não com algum...sofrimento psíquico”;

E2 [...] na Estratégia a gente acaba vinculando a essa comunidade e conhece um pouquinho”;

E3: [...] “são vários os sinais, né, que a gente vai no decorrer... como a gente acompanha as famílias”;

E7: [...] “tu marca uma consulta, a pessoa não aparece... aí tu vais na casa, tu faz a visita, tu vê os familiares”;

Conforme as falas dos participantes, o vínculo com a comunidade, ainda que não seja visto como satisfatório, se destaca como fator de maior suporte para a realização do Acolhimento. É através deste vínculo que se desenvolve um olhar mais sensível para perceber a necessidade de ajuda de um usuário do serviço, pois já se conhece a família, se falou com aquela pessoa antes, ou se tem uma noção do contexto em que ela vive.

O vínculo não se constrói apenas dentro do contexto da UBSF, quando algum usuário procura ajuda, a ajuda também vai até o usuário. E é justamente por ter conhecimento dos comportamentos das pessoas da comunidade é que os profissionais da ESF conseguem efetuar o cuidado de forma mais ampla, na medida em que também se tornam mais sensíveis para perceber as necessidades dos usuários. A fala de E7 destaca algo primordial e vantajoso para a ESF, a realização da busca ativa do usuário que falta ao agendamento.

Para o Ministério da Saúde, “O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados” (BRASIL, 2009. p.16).

A construção do vínculo não serve apenas para ajudar os profissionais a promoverem saúde na comunidade, mas também como ferramenta para que o próprio usuário, através de informação, escolhas e atitudes, promova o seu autocuidado. É força motriz da promoção de melhorias na saúde dos indivíduos envolvidos neste processo, ponto de aproximação do profissional da saúde com o usuário.

O vínculo foi o fator citado pelos profissionais que representa, para eles, um divisor de águas no que tange ao Acolhimento em Saúde Mental. Isto é, a divisão entre o sentimento de despreparo para acolher, mas também, por outro lado, a formação do vínculo aciona a responsabilização entre os participantes e o usuário.

Concordamos com o Ministério da Saúde sobre a importância do vínculo na promoção de Saúde quando declara: “a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2009. p. 8).

Percebemos, ainda, que os participantes declararam que a aproximação proporcionada pelo vínculo entre estes e os usuários os ajudou a cuidarem da comunidade, sendo capazes de identificar as necessidades e realizar as intervenções mais adequadas em saúde. Sendo assim, apesar do sentimento de incapacidade de lidar com o “desconhecido”, o vínculo surge como ferramenta ímpar na realização e na qualificação do trabalho dos profissionais da UBSF.

Considerações Finais

A partir da análise das três categorias elencadas neste estudo: (1) os conhecimentos em Saúde Mental para a formação do profissional da UBSF; (2) o sentimento de despreparo dos profissionais da UBSF para o Acolhimento em Saúde Mental; (3) a construção do vínculo entre os profissionais da UBSF e a população adstrita, podemos perceber a importância de se operarem mudanças nas matrizes curriculares dos cursos da saúde e a valorização, por parte dos profissionais da saúde, da construção de vínculos entre estes e a população adstrita para a qualificação e inclusão, no Acolhimento das UBSFs, as demandas de saúde mental dos usuários.

A primeira categoria, “os conhecimentos em Saúde Mental para a formação do profissional da UBSF”, traz consigo a problemática das matrizes curriculares que precisam adequar os conteúdos de Saúde Mental que, ainda, se mostram insuficientes ou inexistentes para a formação dos profissionais da área da Saúde.

Aliado a isso, aparece, também, a necessidade que se promovam, por parte dos gestores em saúde, os cursos de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica na área da Saúde Mental. Porém, não com a finalidade do manejo tecnicista, fragmentado e disciplinar, mas, sobretudo, visando à formação reflexiva a fim de ampliar a visão teórico/conceitual/administrativa sobre o Acolhimento em Saúde Mental na perspectiva da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

A segunda categoria, “o sentimento de despreparo dos profissionais da UBSF para o Acolhimento em Saúde Mental”, traz questões atreladas ao estigma da doença mental e à percepção sobre o sofrimento psíquico, por parte dos profissionais da UBSF, como algo que não faz parte do trabalho na Atenção Básica, mas que requer o cuidado em serviço especializado. Esta ideia está enraizada na dicotomia mente corpo, ou ainda, na formação médica baseada em especialidades construídas no aparato científico/tecnológico nos últimos duzentos anos.

Esta ideia se contrapõe ao se afirmar que ninguém possui saúde mental em sua integralidade (LEADER 2013). Ao discorrer sobre o sofrimento psíquico, outro autor nos lembra que este sofrimento é inerente ao ser humano (NETTO 2013). Ou seja, em algum momento, todos passam ou passarão por situações que podem nos causar desconforto

psicológico e, por conta disso, as formas de agir do sofredor psíquico são resultantes da tentativa de lidar, do melhor modo possível, com o sofrimento vivenciado.

Quanto à terceira categoria, “a construção do vínculo enquanto cuidado longitudinal entre os profissionais da UBSF e a população adstrita”, esta categoria, como podemos observar nos resultados acima, foi apresentada pelos participantes como elemento “salvador” do momento de Acolhimento às demandas de Saúde Mental, tendo a possibilidade de reverter até o sentimento de despreparo para o Acolhimento por parte dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

As informações colhidas, através da construção do vínculo entre os trabalhadores e a população adstrita, são percebidas pelos profissionais como preciosas, uma vez que o profissional se sente mais próximo do usuário, ao mesmo tempo em que consegue (re)significar melhor o que está acontecendo no comportamento do usuário e, assim, agir de forma mais assertiva no cuidado prestado. Graças a esta proximidade, os profissionais da saúde relatam que conseguem dispor de métodos que acreditam que podem ser mais resolutivos: como fazer uma escuta atenta, desenvolver questionamentos mais pertinentes às demandas do usuário, investigar se a medicação está sendo administrada corretamente e os efeitos alcançados, revisar o prontuário, entre outros.

A modificação de comportamento, percebida pelos profissionais que conseguem construir vínculo com o usuário ocorre, justamente, por reconhecerem “o pedido de socorro” do usuário, seja pela proximidade com a família do usuário e/ou por saberem mais e melhor sobre o contexto da pessoa e sua história de vida. Isso tudo aliado, segundo os participantes, às informações contidas nos prontuários de cada pessoa que mora no território adstrito.

A prática do Acolhimento tem sido estimulada pelos gestores na Atenção Básica, na mesma medida em que se reconhece o seu potencial para a resolutividade das demandas em saúde e saúde mental. Além de garantir o acesso, o processo de trabalho é facilitado pelo (re)conhecimento das reais necessidades do usuário. Esse reconhecimento só é possível através da construção de vínculo entre a equipe da ESF e os usuários e entre a equipe e a comunidade. Portanto, o vínculo amplia a eficácia do trabalho e garante a participação do usuário no processo singular de saúde/adoecimento.

Por fim, as categorias apresentadas sugerem, na sua totalidade, que o Acolhimento qualifica o processo de trabalho, garante a universalização do acesso e humaniza o cuidado em saúde e saúde mental.

Referências Bibliográficas

AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibeles da Rocha. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. In KNUTH, Alan G.; AREJANO, Ceres B.; MARTINS, Sibeles R. **Trajetórias de Composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da FURG, 2016. Cap. 3.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Brasília/DF. Disponível em:** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1 ed. CONNASS: Brasília, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática: **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília/DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. Ed. Centro de Documentação e Informação Edições Câmara: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**. Brasília. 2º ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010. P.3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Brasília/DF. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**, 2004.

BRASIL. Lei 10.216 de Abril de 2001. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Lei_8080_12092014.pdf

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. n 4, pp. 803-813, dez. 2010.

GOMES, Márcia, C. P. A.; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em Saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., saúde e educ.** n. 17, v. 9, pp. 287-301, mar/ago, 2005.

GONÇALVES, Rejane *et al.* Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. São Paulo. n 10, pp. 49-56, dez. 2013.

GUERRA, Elaine L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Anima Educação, 2014.

KODA Mirna Y.; FERNANDES Maria I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**. Jun; 23 (6) pp.1455-61. 2007.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão, W. S; *et al* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

LAUAR, Corina J. **Saúde Bucal e Atenção ao Doente Mental: usuários especiais**. Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família. Belo Horizonte: Trabalho de Conclusão de Curso. 2011.

LEADER, Darian. **O que é a Doença mental? Delírio e sanidade na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

LIMA, E. F. A.; YASUI, S. Territórios e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**. n 102, v 38, pp. 593-606. 2014.

MENDES, Eugênio V. **As Redes de Atenção a Saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria C. S. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

NETTO, Nilson B. Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a psicologia clínica. In CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: Editora CFP, 2013. Cap. 1.

OMS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de Setembro de 1978.

OMS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde**. Caracas/Venezuela, 21 de Novembro de 1986.

OMS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental. **Declaração de Caracas**, 14 de novembro de 1990.

PEREIRA, Alexandre A.; ANDRADE, Daniela, C. L.; Estratégia Educacional em Saúde Mental para médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Belo Horizonte. n 1, v 42. 2018.

PRATA, Nina *et al.* Saúde Mental e Atenção Básica: Território, Violência e o Desafio das Abordagens Psicossociais. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. n. 1, v. 15. pp. 33-53. 2017.

RODRIGUES, Euzilene da S.; MOREIRA, Maria Inês, B. A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**. n 3, v. 21. pp 599-611. 2012.

ROSA, Walisete de A. G.; LABATE, Renata C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. N. 56. pp. 230-235. 2003.

SILVA, Ana Isabel *et al.* Saúde mental: obstáculos e expectativas sentidas pelo médico de família. **Revista Portuguesa de medicina Geral e de Família. São Paulo**. n 29. pp. 298-306. 2013.

SILVA, Gilza *et al.* Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo. n 2, v. 37. pp. 404-417. Abr/Jun, 2017.

SILVA, Nathália *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Enfermagem**. Florianópolis. n. 4, v 22. pp.1142-1151. Out/dez, 2013.

SOUZA, Luís G. S. *et al.* Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura brasileira. **Saúde Sociedade**. São Paulo. n. 4, v 21. pp. 1022-1034, 2012.

VARGAS, Divane *et al.* O ensino de enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil: Análise Curricular da Graduação. **Texto Contexto Enferm**. N 2 v 27. pp. 1-9. 2018.

WETZEL, Christine *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Abr; 16(4) pp.2133-43. 2011.

SOBRE RESIDÊNCIAS, LIVROS, SUS, PANDEMIA E A POTÊNCIA DO COLETIVO

Alan Goularte Knuth

Daniele Ferreira Acosta

Daniela Barsotti Santos

Leandro Quadro Corrêa

Ceres Braga Arejano

Este não é um capítulo de encerramento. Este é um gesto para sinalizar a potencialidade deste livro e, talvez, de outros mais. Aqui temos algumas palavras sobre as residências, livros, SUS, pandemia e a potência do coletivo. Para além de encerrar é preciso mobilizar. Olho vivo, faro fino. No compasso dos tempos pandêmicos, dos ataques ao SUS, do desmoronamento da democracia, da agudização das desigualdades de viver e morrer precisaremos de nós.

Em 2016 publicamos o livro *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde* e em 2021 chegamos ao *Volume Dois* desta obra a partir de contribuições inéditas de um coletivo formado por preceptores e preceptoras, profissionais de saúde residentes, professores e professoras, gestão e apoio técnico dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) em parceria com a Secretaria de Município da Saúde (SMS) e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG/EBSERH).

A configuração deste *Volume Dois* engloba uma análise de conjuntura de cada programa, apresenta sua interlocução com os cursos de graduação da FURG e também analisa a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio Grande, bem como o Hospital Universitário da FURG e sua gestão, no que tange ao desenvolvimento das atividades da RIMHAS e o processo de reestruturação desta residência. Na sequência figuram alguns Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) que dialogam com os tópicos anteriores e estão colocados sob o quadrilátero da formação em saúde: atenção, educação, gestão e participação social.

Nestes dez anos de trajetória os núcleos profissionais da Psicologia, Enfermagem e Educação Física articulados pela RMSF e RIMHAS foram mobilizados na imersão, análise e defesa do Sistema Único de Saúde. A chegada do *Volume Dois* é uma sinalização

importante e histórica para as residências por meio da universidade pública e do sistema público de saúde, mas isso não ocorre sem abalos, naturalmente, num navegar fluido e preciso. O que denota o amadurecimento do coletivo que, mesmo em águas turbulentas, se propõe a tomar perspectiva a partir da trajetória percorrida nesse tempo, enquanto uma delicada tessitura se formava em respeito da diversidade de posicionamentos, conhecimentos e experiências que fortaleceram os programas de residência em seu rumo. Nesta trajetória, os cenários seguem em transformação com os trânsitos dos atores que contribuem para a manutenção e composição dos programas. Se faz necessária a celebração da memória para almejar outras possibilidades de atuação e preservação do SUS.

A pandemia de COVID-19 marcou nosso tempo, mesmo que o livro tenha sido concebido antes deste acontecimento. A doença provocada pelo SARS-CoV-2 assolou o mundo e encontrou no Brasil as condições sanitárias, políticas e sociais próprias para um cenário devastador e cruel. Os organizadores deste livro se solidarizam com as 530.000 vidas já perdidas no Brasil até o início de julho de 2021. Repudiamos todas as manifestações que minimizam o impacto da doença, desprezamos as vozes políticas que banalizam a ciência e o SUS, lamentamos as campanhas contra as medidas de prevenção, especialmente a vacinação, uso de máscaras e distanciamento social. Somos solidários aos trabalhadores e trabalhadoras, pessoas sem trabalho formal ou em trabalho precário que não tiveram amparo social do Estado brasileiro para se proteger adequadamente diante da pandemia. Saudamos todos e todas profissionais de todas as áreas que seguem atuando em defesa das vidas neste período de profunda crise, com especial destaque aos profissionais de saúde residentes da RMSF e RIMHAS.

Quando se considera o processo de aprendizagem dos profissionais residentes neste período, diante do imponderável, vislumbra-se a imersão em um processo involuntário e profundo em que os laços de solidariedade e o acolhimento ao sofrimento- pessoal e de outrem- em suas variadas dimensões constituem a experiência de ser profissional de saúde no Brasil. A formação foi afetada em virtude desse desastre humanitário, devido a adaptação necessária dos serviços ofertados e diante do ensino remoto, que de certo modo foi essencial para sequência de sua formação e manutenção da atenção qualificada ao paciente SUS, seja na Estratégia de Saúde da Família ou nos ambulatórios do HU.

Nosso livro foi finalizado ainda em meio à pandemia e com a universidade em atividades remotas há mais de um ano, sem a presencialidade tão fundamental para a concretização das ações de educação e saúde, um marco que jamais será apagado de nossas vidas. Além da firmeza em garantir e qualificar o SUS com base em seus princípios constitucionais, as residências e a sociedade brasileira estão diante de perversidades como o negacionismo político, as campanhas de desinformação em mídias sociais, insegurança

alimentar e nutricional, desemprego e precarização do trabalho, política antiambiental, neoliberalismo, violência e injustiça de gênero, classe e raça, instabilidade política e ataque aos serviços públicos.

Uma revisão dos últimos dois anos do sistema de governança do Estado Brasileiro nos demonstrou um período de descaso em relação ao sistema de vigilância em saúde. O governo federal falha ao se eximir, por exemplo, de articular com estados e municípios um conjunto de ações que minimizem as inúmeras perdas de vidas humanas frente à situação pandêmica nacional. Observamos, também, a adoção de medidas individuais e coletivas em prol da destruição do nosso capital ambiental e social, responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde, em especial, das populações que vivem em determinados territórios como os indígenas, quilombolas e ribeirinhos, entre outros. Vivemos, também, um período de extrema violência e ameaças aos poderes constituídos da República. Somam-se a isto, os indicadores alarmantes sobre as ações das forças de segurança pública ao não garantir os direitos constitucionais à populações que residem em territórios periféricos aos grandes centros urbanos.

Paes-Sousa (2021), aponta que o Brasil teve uma série de fracassos no enfrentamento da pandemia, sendo eles: a incapacidade do país se unir em termos de esferas de governo e demais poderes para enfrentar a crise; não aproveitar o repasse dos recursos em todo o Brasil para os déficits estruturais do SUS; elevado investimento social e econômico, mas descolado das iniciativas de prevenção da doença e por último a falta de uma estratégia abrangente e pragmática da aquisição de vacinas.

Este mesmo autor ainda aponta que:

“Em circunstâncias dominadas por um evento sanitário de porte, os fracassos do passado se projetam para o futuro. Doença e morte por Covid-19 prosseguirão no ano de 2021, com alteração na dinâmica demográfica (redução da expectativa de vida, aumento na mobilidade, alteração da fecundidade e da nupcialidade). A recuperação econômica continuará sendo adiada. As doenças crônicas que foram negligenciadas contribuirão para o crescimento dos óbitos e incapacidades. As desigualdades na educação se aprofundaram e, portanto, comprometerão a inserção profissional das crianças de hoje no futuro mercado de trabalho. A reputação internacional do Brasil como um país detentor de um sólido sistema de saúde está comprometida. As instituições nacionais seguirão mais enfraquecidas. A participação social na gestão do SUS adquirirá menor relevância. O país seguirá mais faccionado e conflagrado”. (PAES-SOUSA, 2021, p.4)

Na atualidade, percebemos a preocupação sentida pelas universidades públicas em relação ao papel de professores, preceptores e residentes na conscientização e organização da população. Esta preocupação é mais sentida nas discussões que permeiam os seminários teóricos e os trabalhos de conclusão de curso dos programas de residências.

Neste contexto, os professores dos cursos de enfermagem, educação física e psicologia das RMSF e RIMHAS questionam suas práticas junto à população usuária do SUS e, mesmo fora das universidades, os trabalhadores preocupados com a saúde pública da população fortalecem o trabalho de cunho assistencial, utilizando técnicas e procedimentos com vistas a diminuir ou prevenir os riscos inerentes à saúde e intervir nos problemas sanitários do território.

Depois de uma década defendendo o SUS por meio das residências, temos presenciado, por um lado, ataques à sua arquitetura embasada na universalidade, equidade e integralidade e, por outro lado, a mobilização popular por sua beleza em salvar tantas vidas durante a pandemia. “Viva o SUS”, “Eu defendo o SUS”, “o SUS salva vidas, ele não” se acentuaram nas manifestações de brasileiros que até pouco tempo consideravam o sistema fracassado, pois sempre conheceram as campanhas negativas dos conglomerados midiáticos e nunca conviveram com a concepção da participação social em compreender que o SUS deveria ser de todos e para todos.

Desde a implantação do SUS, há projetos em disputa, há insuficiência financeira, incapacidade técnica e política. A fragilização do SUS constitucional, entretanto, pode ser discutida com medidas adotadas bem recentemente. A Emenda Constitucional 95 (EC95/16) impõe o congelamento do teto de gastos, limita os investimentos de proteção social e ocorreu bem antes da COVID-19. Santos (2020) apresenta certos elementos da escalada neoliberal em direção à saúde pública, seja pelo hibridismo público e privado ou na focalização da assistência pública. São fartas as medidas contraditórias, como a nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (Previne Brasil), a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei no 13.958), a Carteira de Serviços e normatizações complementares (Morosini; Fonseca; Baptista; 2020). Parece que este SUS vai se afastando da perspectiva do território, do trabalho comunitário, do cuidado integral e multidisciplinar e acelera-se o entendimento produtivista e, de preferência, com a conversão da saúde em valores ajustáveis ao setor privado (Morosini; Fonseca; Baptista; 2020).

Para Santos (2020), o direito à vida é hoje o maior ativo político dos brasileiros. O SUS é nossa bússola. Precisaremos da mobilização dos brasileiros que o perceberam durante a pandemia na direção do SUS radicalmente republicano, público e universal. Estrategicamente as residências participam desta luta.

No plano particular, as residências precisarão prosseguir em seu caminho de amadurecimento e consolidação na FURG. A remobilização também passa pelo micro e necessariamente pelo coletivo que compreenda o trabalho estratégico desse modelo de formação que é um efeito da reforma sanitária brasileira. Nessa perspectiva as crises e potencialidades da RMSF e RIMHAS passam pela articulação dos atores que estão diretamente nos programas e aqueles que passam a compor o coletivo e, também, pelas

movimentações nacionais no Ministério da Saúde e da Educação e movimentos nacionais como o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Saúde e Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde. O manifesto contrariando a interrupção do funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) assinado por 119 coletivos dá o tom do momento e da necessidade de fóruns aglutinadores em torno das residências (<http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/manifesto-movimento-nacional-em-defesa-das-residen/>).

Ainda no âmbito dos coletivos, nos últimos anos tivemos a constituição do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM). O GESCEM foi um ponto estratégico para a concepção e concretização desse livro, desde seus professores, estudantes de graduação e residentes. Os créditos das páginas iniciais demarcam isso. No grupo também temos buscado guarida teórica ao elencar temas para debate, chamar convidados para discussão e, especialmente, na organização do evento Saúde Mental e Direitos Humanos & Mostra de Saúde Coletiva (<https://sinsc.furg.br/detalheseventos/1399>).

Os programas RMSF e RIMHAS buscaram se manter firmes e comprometidos durante a pandemia. Diante da crise sanitária, social, ética, política, do pós-COVID, das *fake news*, do movimento antivacina, precisaremos de mais nós, no sentido do coletivo comprometido com o SUS. Precisaremos desfazer os nós, aqueles oriundos do negacionismo como política. Precisaremos mobilizar quem esteve anestesiado. Precisaremos remobilizar quem ficou cansado. Precisaremos uns dos outros. Nós das residências, nós do SUS, nós da universidade pública, da ciência e da humanização do cuidado.

Temos vivido um tempo de multiplicação de notas de repúdio, de painéis contra a fala presidencial em cadeia de rádio e televisão, de *twitaço* com hashtags cobrando auxílio emergencial para famílias em situação de extrema pobreza, de ruas ocupadas com pessoas de máscara tentando manifestar sem aglomerar, mesmo que o transporte público esteja sempre lotado, de manifestações duras em mídias sociais e, finalmente, de imagens com pessoas vacinadas manifestando a esperança.

O livro *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde – Volume Dois* demarca seu posicionamento, afinal somos parte de instituições públicas, temos trabalhado e defendido a educação pública e o Sistema Único de Saúde, muito antes dos negacionistas ganharem palco, bem antes da pandemia escancarar a necessária presença do SUS na vida de todos nós.

A mensagem que fica, é a da imagem apresentada nesta capa do Volume Dois, onde mãos unidas, frente a diversidade, reúnem-se em esforço coletivo para alavancar a trajetória do SUS que segue sendo atacado e fragilizado por aqueles que o desacreditam, mas

fortalecido pelas mãos daqueles que hoje, além de reconhecer sua importância, lutam pela sua sustentação e seus pilares.

Despedimo-nos com um trecho de Preciado (2020) quando nos provoca sobre mudança ou submissão visando a transformação política, ainda no início da pandemia e quando este coletivo trabalhava na elaboração do livro. Saudemo-nos a nós mesmos e viva o SUS!

“O evento Covid-19 e suas consequências nos chamam a liberar-nos de uma vez por todas da violência com que definimos nossa imunidade social. A cura e a recuperação não podem ser o simples gesto imunológico negativo da retirada do social, do confinamento da comunidade. A cura e o cuidado só podem surgir de um processo de transformação política. Sanar-nos a nós mesmos como sociedade significa inventar uma nova comunidade para além das políticas de identidade e da fronteira com as que até agora produzimos a soberania, mas também para além da redução da vida a sua biovigilância cibernética. Seguir com vida, nos manter vivos como planeta perante o vírus, mas também perante o que possa acontecer, significa colocar em marcha formas estruturais de cooperação planetária. Como o vírus muda, se queremos resistir à submissão nós também devemos mudar” (PRECIADO, 2020, p.184)

Referências bibliográficas

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?** Cad. Saúde Pública 2020; 36(9):e00040220

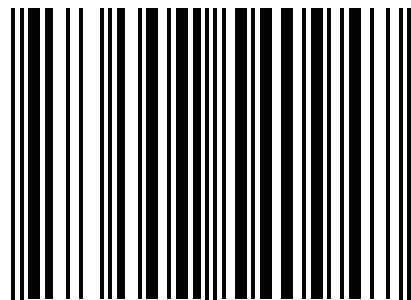
PAES-SOUSA, Romulo. **Brevíssimo inventário dos fracassos no enfrentamento da Covid-19 no Brasil.** R. bras. Est. Pop. 2021;38:1-5, e0143.

PRECIADO, Paul. **Aprendiendo del vírus.** In: Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo em tempos de pandemia. AGAMBEM, Giorgio; ZIZEK, Slavoj; NANCY, Jean Luc. *Et al.* ASPO, 188 p., 2020.

SANTOS, Ronaldo Theodoro. **O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a Saúde Coletiva e a resposta aos impactos sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300211, 2020

EDITORA E GRÁFICA DA FURG
CAMPUS CARREIROS
CEP 96203 900
editora@furg.br

ISBN978-65-5754-094-7



9 786557 540947