

ISSN: 2446-4813

Revista Saúde em Redes

v.2, n.3, 2016

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Editor-Chefe

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Françisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Heider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Coral Michelin Basso

Projeto Gráfico

Editora Rede UNIDA

Copyright © 2016 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Saúde em Redes

ISSN: 2446-4813

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3>

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

SUMÁRIO

Editorial

DESENVOLVENDO CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE: DESAFIOS À PESQUISA E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Alcindo Antonio Ferla

238-240

Ensaio

OS (DES)ENCONTROS DA PESQUISA NO TEMPO-ESPAÇO AMAZÔNICO: UM ENSAIO SOBRE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO COMO ABERTURA À APRENDIZAGEM

Alcindo Antônio Ferla, Renata Flores Trepte, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Ardigò Martino

241-261

Artigos Originais

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Maria Joseane Freitas, Antonio Maurício Rodrigues Brasil

262-272

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE DIANTE DA MORTE, LUTO E PERDAS DE SEUS PACIENTES

Camila Cristina Lescano Ortiz, Elenita Sureke Abilio, Fernando Augusto Gomes Sobreira

273-280

ENTRE AS VIOLÊNCIAS, O MEDO E O PROTAGONISMO SOCIAL: VIVÊNCIAS EM UM DISTRITO DE SAÚDE, PORTO ALEGRE, 2016

Evirlene de Souza da Fonseca, Stela Nazareth Meneghel

281-291

A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM USUÁRIOS ACAMADOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliana de Oliveira Souza, Bruno Castro de Oliveira, Vladimir Lopes de Souza, Sheila Rodrigues Dias Filgueiras, Adilson Dias Bastos

292-300

CÍRCULO DE CULTURA JUNTO A AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA VIVÊNCIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

José Jeová Mourão Netto, Lígia Maria Benevenuto de Sousa Protásio, Natália Frota Goyanna, Antonia Regynara Moreira Rodrigues, Ana Egliny Sabino Cavalcante, Janice D'Ávila Rodrigues Mendes, Maria Aparecida Sousa Vasconcelos, Otávia Cassimiro Aragão

301-307

A BOCA FALA, OS ÓRGÃOS SARAM: OS TEMAS MAIS DISCUTIDOS EM UM GRUPO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Bruno Moraes da Silva, Dulce Helena Hatzemberger

308-317

PROPOSTA DE AÇÕES EM SAÚDE PARA A TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA ATUAÇÃO DO SANITARISTA

Vera Lúcia Cabreira de Lima, Evelin Maria Brand, Bibiana de Oliveira Pavim, Maiko Sarmento da Silva, Luciana Barcellos Teixeira

318-327

O "PROGRAMA MAIS MÉDICOS" E O TRABALHO VIVO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA, BRASIL

Julio César Schweickardt, Rodrigo Tobias Lima, Alcindo Antônio Ferla, Ardigó Martino

328-341

Resenhas

PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS: FORMAÇÃO EM SERVIÇOS NO PROGRAMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

Mikael Lima Brasil, Laís Vasconcelos Santos, Gisetti Corina Gomes Brandão

342-345

Desenvolvendo conhecimentos e práticas em saúde: desafios à pesquisa e divulgação científica

Seguimos no desafio de preparar e disponibilizar com regularidade cada número da *Saúde em Redes*. Temos tratado esse desafio também como uma produção artística: manter um certo estilo e criar com base na inspiração (coletiva, nesse caso, que depende da rede de autores e de pareceristas) cada número de forma singular. No número atual, um conjunto de temas de grande relevância ajuda a refletir sobre a educação e o trabalho na saúde, que caracterizam fortemente o perfil editorial da *Saúde em Redes* e a própria Rede UNIDA. O desenvolvimento do trabalho na saúde e das tecnologias e metodologias para a formação profissional e para a aprendizagem em serviço aparecem aqui na temática da saúde do idoso, das doenças crônicas em usuários acamados, das violências, da atuação profissional de psicólogos e fisioterapeutas e, mesmo, da atuação interprofissional na atenção básica, o cotidiano da residência em área profissional da saúde, a produção de conhecimentos sobre políticas e a democracia como inclusão e como

expressão de diversidades no cotidiano, entre outros. A variação temática está comprometida com a qualificação das práticas no interior dos serviços e sistemas locais de saúde e no interior da formação e/ou da produção acadêmica, seja no perímetro urbano das regiões metropolitanas ou no interior da região amazônica.

Importante destacar não apenas a diversidade de temáticas, territórios e metodologias de análise, mas, sobretudo, uma característica que não passará despercebida pelos leitores. Trata-se de um conjunto de artigos que está muito associado à experiência no cotidiano do trabalho, seja na formação, seja no sistema de saúde. Não há desperdício da experiência para subordiná-la à linearidade estável do conhecimento sistematizado e à técnica. As vidas que estão envolvidas nas cenas que configuram os estudos e as análises não são abstrações úteis para verificar validades ou medir efeitos; ao contrário, são a alma dos estudos e do trabalho. Por isso o compromisso

ético-político de refletir sobre a educação e o trabalho na saúde como forma de fortalecer políticas públicas democráticas e inclusivas, desafio relevante diante das crises epistemológica e política que nos envolve em escala local e mundial. Nos exercícios reflexivos que compõe os manuscritos, são produzidas relações de transversalidade entre teoria e prática, sendo a teoria acionada pelo que de melhor pode oferecer para o desenvolvimento do trabalho e o fortalecimento da qualidade da vida: a teoria opera como “caixa de ferramentas”.¹ Ou seja, a teoria é acionada e *posta a funcionar* para enfrentar desafios no cotidiano do trabalho (de cuidar, de gerir, de participar, de ensinar) e, na medida em que se mistura às questões que mobilizam os atores envolvidos com as questões presentes no dia-a-dia de quem faz saúde e educação na saúde, vai se transformando e agregando densidade ao fazer. A ciência, aqui, é parte das questões do mundo do trabalho e não pertence, definitivamente, à transcendência. O conhecimento sistematizado não se projeta por sobre o trabalho e a educação. Aprender, aqui, é parte dos desafios do cotidiano e não o exercício ventríloquo da repetição. Exercício criativo de fortalecer o que a ciência e a técnica podem para qualificar a vida, fortalecer políticas públicas democráticas e inclusivas, combater totalitarismos e a opressão a vidas

que não correspondem à expectativa vigente em cada sociedade. A educação e a ciência, aqui, estão comprometidas eticamente com a liberdade e com a democracia.

O trabalho e a educação, nos artigos e na proposta editorial da Saúde em Redes, estabelecem relações de tensionamento, buscando movimentos de superação dos problemas do cotidiano. Madel Luz nos lembra, há alguns anos, que a vitalidade do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva está, justamente, nas tensões entre disciplinas e entre teoria e prática.² As tensões entre disciplinas da área das biociências das ciências sociais e humanas e ambientais, principalmente, constituem hibridismos epistemológicos que dão vitalidade ao campo de conhecimentos, falseando normas epistemológicas disciplinares e, portanto, o que tende a afastar a produção de conhecimentos do cotidiano. Mas é sobretudo pela tensão entre as lógicas teórico-epistemológica (relativa à produção de conhecimentos das diferentes áreas disciplinares) e operativo-pragmática (relativa à eficácia na intervenção sobre a ordem da vida) que, desde a origem da Saúde Coletiva como área de conhecimentos, se evidencia o desenvolvimento e, mais ainda, a qualidade complexa na produção da área.² A ideia de participação ampliada e diversa de atores na produção de conhecimentos, na

análise de políticas e na formação em saúde traduz a ideia de potencializar essa diversidade e superar os obstáculos na articulação entre ciência & tecnologia e educação na saúde.^{3,4} A diversidade, aqui, enriquece e dá densidade às práticas de produção de conhecimento, de formação e de atuação no interior de serviços, redes e sistemas de saúde e educação.

As diretrizes para a formação de profissionais e para a educação na saúde das políticas atuais apontam para a relevância da Saúde Coletiva transversalizar o cotidiano da formação, em parte pela capacidade de quebrar os limites da ordem disciplinar, mas também pela potência de interagir com os problemas do cotidiano da educação e do trabalho.⁴ O conceito de educação que emerge

dessas políticas é da aprendizagem como transformação de si e do trabalho, no sentido de afirmar a qualidade das vidas e a produção de mundos mais generosos para todos e todas. Daí a relevância de refletir densamente sobre as experiências e compartilhá-las, de tal forma que possam ser utilizadas, no sentido da transversalização, mas também no sentido da transformação. A ciência & tecnologia, mas também a educação, se beneficiam de redes colaborativas e do compartilhamento com a ousadia de uma ciência comprometida com a emancipação das vidas de todos e todas.

Espero que a leitura dos artigos produza efeitos em cada um e cada uma. Também inspiração de artista para nos ajudar a compor nossa próxima produção. Boa leitura!

Alcindo Antônio Ferla
(Editor-Chefe, Professor UFRGS)

Referências

- ¹ .FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. Em: FOUCAULT, M.. *Microfísica do Poder*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. Pág. 69 a 78.
- ².LUZ, M.T.. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2009, 18(2): 304-311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.
- ³ .NICOLI, M.A.; MARTINO, A.; MARTA, B.L.; BAPTISTA, G.C.; GUIMARÃES, C.F.; SINTONI, F.; FERLA, A.A.. Não é só um problema de "satisfação dos usuários": considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. *Saúde em Redes*, 2016, 2(1): 23-41. Disponível na internet: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/658/pdf_21. Acesso em 23/09/2016.
- ⁴ .CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 2008, 6 (3): 443-456. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23/09/201

ENSAIO

OS (DES)ENCONTROS DA PESQUISA NO TEMPO-ESPAÇO AMAZÔNICO: UM ENSAIO SOBRE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO COMO ABERTURA À APRENDIZAGEM¹

Research encounters in the amazon time-space: an essay on the production of knowledge as permanent learning.

I (dis)incontri della ricerca nello spazio-tempo amazonico: un saggio sulla produzione di conoscenza come apertura all'apprendimento.

Alcindo Antônio Ferla

Médico, doutor em educação, professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pesquisador visitante sênior do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) – Fiocruz Amazônia/FAPEAM.

E-mail: alcindo.ferla@ufrgs.br

Renata Flores Trepte

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: renata.trepte@gmail.com

Júlio Cesar Schweickardt

Cientista social, doutor em História das Ciências e da Saúde e pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) - Fiocruz Amazônia e professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em

Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida).

E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Cirurgião Dentista, Doutor em Saúde Pública, pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) - Fiocruz Amazônia e professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida).

E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Ardigò Martino

Médico, Doutor em Cooperação Internacional e Desenvolvimento Sustentável, Especialista em Saúde Pública, pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural Universidade de Bologna.

E-mail: ardigo.martino@unibo.it

Resumo

Narrativa da experiência do trabalho de campo de pesquisa avaliativa sobre o Programa Mais Médicos realizada no Município de São Gabriel da Cachoeira, no Estado do Amazonas. Por meio da narrativa, busca-se refletir sobre a

necessidade de abertura à aprendizagem a partir da diversidade do local na metodologia das pesquisas que analisam contextos diversos, em particular no âmbito das análises de políticas públicas. A diversidade de situações

¹ Este trabalho é fruto de pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e integrante da Rede-Observatório do Programa Mais Médicos.

encontradas no campo empírico é utilizada para refletir sobre aspectos operacionais, questões metodológicas e relações entre teoria e prática nas pesquisas sociais. Utilizando a metáfora do embrenhar, com sentido de estar em situação diversa do habitual, foram sendo analisadas questões singulares da pesquisa que destacam a contribuição do campo empírico de implementação de políticas no território amazônico para o fazer da pesquisa. Entre as questões que o empírico levantou para a pesquisa, quando colocado em diálogo transversal com a teoria e com a metodologia da pesquisa, está o desenvolvimento da atenção básica a partir do encontro entre perspectivas diversas dos profissionais do Programa e os profissionais vinculados anteriormente às equipes. Sugere-se que a pesquisa, para articular o geral e o específico, a teoria e as práticas, seja compreendida como educação permanente dos pesquisadores.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Pesquisas avaliativas; Atenção básica em saúde; Metodologia de pesquisa social.

Abstract

The article refers to the experience of evaluative research on the 'More Doctors' Program in São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brazil. The methodology was based on the narrative, as well as learning by the diversity of research methodologies used to analyze public policies in the specific context. Thus, the research field was used to reflect on operational aspects, methodological issues and relations between theory and practice in social research. The metaphor of "embarrassing", which means "being in a different context than usual" was used to analyze specific research themes, highlighting ways of conducting research on public policies in the Amazonian territory. The research in the territory produced a transversal dialogue between the results and the theoretical and methodological references,

as well as the development of the primary health care from the meeting of the professionals of the More Doctors Program and the others previously linked to the teams. Therefore, it is suggested that the research process that articulated general and specific, as well as theory and practice, can be understood the educational actions for researchers.

Key words: More Doctors Program; evaluative research; primary health care; methodology of social research.

Sommario

L'articolo si riferisce all'esperienza di ricerca valutativa realizzata nel municipio di São Gabriel da Cachoeira, nello stato di Amazonas, Brasile, nell'ambito del Programma Mais Médicos. L'articolo si focalizza sull'apprendimento mediato della diversità e dalla diversificazione delle metodologie di ricerca basate sul contesto, e si sofferma sulle possibili ripercussioni sul "campo" delle analisi delle politiche pubbliche svolte attraverso questa prospettiva. Nella ricerca, la peculiarità delle condizioni presenti nel "campo", viene utilizzata per riflettere sia su aspetti operativi, sia sulle questioni metodologiche e sia sugli effetti sul campo delle relazioni tra teoria e pratica. Utilizzando la metafora del "embrenhar" ovvero "essere in un contesto differente da quello abituale" sono stati collocati in analisi temi specifici della ricerca nel tentativo di mettere in risalto quali contributi alla ricerca stessa sono apportati dallo studio dell'implementazione delle politiche nel contesto reale del territorio. Tra le questioni sollevate dall'incrocio tra le informazioni raccolte ed i quadri teorico-metodologici della ricerca sottolineiamo il potenziale, in termini di sviluppo delle cure primarie, rappresentato dall'incontro tra le diverse prospettive dei professionisti legati al Programma Mais Medicos e quelli precedentemente legati alle equipes. Infine si suggerisce che la ricerca, per

ricostruire le articolazioni tra generale e specifico, tra teoria e pratiche, debba essere intesa come una attività di educazione permanente dei ricercatori.
Keywords: Programma "Più Medici"; ricerca valutativa; Cure Primarie; metodologia della pesquisa sociale.

Introdução

Embrenhar, v. t. Meter, esconder (nas *brenhas*, no mato); p. meter-se, internar-se (nos matos, nas *brenhas*).¹

Nos embrenhamos, na Amazônia, na pesquisa. O dicionário Aurélio¹ atenta que o verbete *brenha* significa tanto floresta, quando “situação confusa”. O cotidiano de pesquisa não é mais que uma *metodologia do embrenhar-se*: haver-se com o não previsto, seja na floresta ou nas paredes da universidade o pesquisar nos desafia a dobrar o pensamento, a lançar-nos ao novo. Senão, apenas mais do mesmo!

Este relato apresenta as vivências de uma equipe de pesquisa no tempo-espaço da Amazônia. Em um projeto cujo objeto é analisar o Programa Mais Médicos (PMM) na perspectiva do desenvolvimento da atenção básica, a ida a campo lança foco sob o trabalho em saúde dos médicos inseridos no PMM e das equipes das quais participam, utilizando como referência as categorias de trabalho vivo em ato e as tecnologias do cuidado (duras, leves-duras, leves), para compreender os efeitos e as

relações de trabalho em saúde na sua dimensão micropolítica. Uma das etapas da pesquisa consiste em realizar entrevistas com profissionais integrantes do PMM, este relato refere-se a uma das incursões a campo: o município de São Gabriel da Cachoeira. O tema da gestão do trabalho em saúde está presente nas políticas públicas que percorrem os caminhos da formação, educação, produção, modelos de contratação, provimento, fixação e organização do cuidado. Considerando que o processo de avaliação em si é baseado um específico posicionamento ético-político, pois se propõe produzir algum efeito no campo das práticas, os valores que informam o sistema de avaliação tendem a produzir um efeito pedagógico, interferindo com os valores e as práticas dos sujeitos envolvidos: gestores, profissionais, usuários e comunidade.² Desse modo, o projeto de antemão já se propõe a contribuir com a formulação e aprimoramento de políticas públicas para a questão da gestão do trabalho em regiões de grande diversidade social. A atenção básica em saúde se faz num determinado território, que, no caso das populações amazônicas, está constantemente se ajustando ao regime das águas, com a mistura de culturas e modos de andar no território. As políticas de saúde necessitam de um olhar mais atento para essas realidades específicas, impactando sobre a qualidade dos

serviços e nos processos de trabalho das equipes de saúde.

O território rural e ribeirinho se configura num conceito múltiplo e amplo, que ultrapassa os limites geográficos e abrange os modos de vida e suas territorialidades, inclusive para produzir sua saúde. Entende-se rural como envolvimento das diferentes realidades da população amazônica, que vive em comunidades e em consonância com a floresta, independente da sua localização, dentro ou longe da cidade. E a pesquisa tem que entender-se e ajustar-se a esses outros modos de levar a vida, meter-se em campo, *embrenhar-se*.

O plano e os possíveis: uma pesquisa atravessada por circunstâncias

- *Plano de trabalho:*

Primeiro dia:

a) Manhã: reunião com a equipe e revisão do plano de trabalho de campo, revisão do material e dos roteiros de entrevista. Confirmação dos agendamentos. b) Tarde: deslocamento aéreo Manaus/Tefé e Tefé/São Gabriel da Cachoeira. Chegada no destino. c) Noite: Deslocamento ao hotel. Jantar. Descanso.

Segundo dia:

a) Manhã: contato e entrevista com gestor municipal. b) Tarde: deslocamento até a USF 1. Entrevistas. Deslocamento até a USF 2. Entrevistas. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Ajustes na técnica das entrevistas. Avaliação e planejamento das atividades subsequentes. Jantar. Descanso.

Terceiro dia:

a) Manhã: deslocamento até aldeia indígena. b) Tarde: Encontro com equipe de saúde indígena. Entrevistas. Deslocamento. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Avaliação e planejamento das atividades subsequentes. Jantar. Descanso.

Quarto dia:

a) Manhã: Divisão da equipe. Deslocamento até as Unidades 3 e 4. b) Tarde: Deslocamento ao hotel. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Jantar. Descanso.

Quinto dia:

Retorno a Manaus. Deslocamento.

- *Executando o plano:*

O início do plano de trabalho do primeiro dia foi conforme o previsto. Por volta de 11 horas da manhã, após revisão do *script*

desenhado para o trabalho de campo, nos deslocamos ao aeroporto para a viagem até São Gabriel da Cachoeira, com conexão em Tefé. A equipe estava agitada. Um humor ingênuo procura disfarçar um quê de ansiedade. Procedimentos junto à companhia aérea foram realizados e ingressamos na sala de embarque. Chamada para o embarque no horário. O avião é um modelo turboélice. Sorrisos nervosos constatando que o plano do trabalho de campo estava fluindo: assopra a responsabilidade para manter tudo no roteiro programado. Primeira baixa: um celular ficou esquecido, mas no cômputo geral, não fará falta. Ficou apenas o celular que sempre é esquecido!!! A viagem segue. O Comandante informa que as condições meteorológicas estão favoráveis e que há apenas algumas formações com precipitação próximas ao aeroporto de destino.

Melhor descansar um pouco, é a mensagem que atravessa o corpo dos pesquisadores. Em seguida o serviço de bordo, e novo pretexto para risos nervosos, agora com detalhes do uniforme da aeromoça. Recuperados do entretenimento de bordo, eis que a floresta está branca: nuvens cobrem a visão de tudo, exceto uns retalhos de azul e verde aqui e acolá. Para parte da equipe, paisagem usual; para os visitantes, imagens impensáveis. Procedimentos para o pouso, informa o comandante, com o alerta de que há

chuva forte na cabeceira da pista. Aproximação e arremetida: sem condições de visibilidade mínima da pista. Tensão!! Procedimentos de espera e, nos círculos que a aeronave faz enquanto aguardamos as condições melhorarem, aqui e ali pedaços de floresta, rios, igarapés e muito verde. E nenhuma evidência de ocupação humana! Bom, parece que chegamos num lugar que está fora do pensamento de quase todos. Uma nuvem densa de chuvas adiante, fechando como cortina do alto até o solo, mostra que estamos na época das chuvas. E chuva, aqui, é precipitação torrencial!

Nova tentativa de pousar, quando o nível de combustível chega no limite da viabilidade de espera, e, dessa vez, com êxito. Um pouso suave, que levanta aplausos aliviados na cabine de passageiros. Pensamento que atravessa a equipe é de que a tensão, afinal, não era exclusiva dos pesquisadores. O avião retorna pela pista de pouso até a entrada do terminal. Árvores de lado a lado e um pequeno prédio ostenta a identificação do aeroporto. Primeira etapa concluída. Mas, e o avião da segunda etapa, teria conseguido pousar? Nenhuma aeronave de porte equivalente está disponível. Imediatamente ao desembarque, inicia o embarque dos passageiros com destino a Manaus, que é feito com a mesma aeronave. Despachados os passageiros para Manaus,

recebemos a notícia de que não havia outra aeronave. As condições climáticas impediram a aeronave que seguiria o voo de sair do aeroporto de origem. Resultado: escala não programada em Tefé, também para a pesquisa e um novo plano de aprendizagem abre o corpo dos pesquisadores, informados que não havia solução prevista naquele momento. Era preciso aguardar um tempo que não é cronológico, o tempo da oportunidade, que não está no âmbito da previsibilidade de quem aguarda. Nunca foi tão fácil compreender a dupla dimensão do tempo para os gregos: Chronos e Kairósⁱ nos oferecendo aprendizagem significativa. Agitação foi a sensação predominante: *temos planos de trabalho, há um cronograma a cumprir!* De nada adianta a agitação, o melhor é conectar-se com a cidade e as circunstâncias que ela oferece. O dia seguinte oferece a oportunidade esperada: um novo voo é realizado pela companhia aérea e eis que, finalmente, e com 24 horas de atraso, se chega a São Gabriel da Cachoeira. Município menor, mais distante, com um aeroporto

menor e, igualmente, cercado de rios e floresta por todos os lados.

A chegada em São Gabriel, os procedimentos de hospedagem e os primeiros contatos com os interlocutores locais dão mostras de que a pesquisa será intensa, com o corpo sendo sensibilizado por estímulos inusitados. Nada se parece exatamente com qualquer experiência prévia. A pesquisa entra no corpo e o faz vibrar com uma grande diversidade de sensações e vivências. As atividades previstas precisam ser avaliadas e reprogramadas muito frequentemente diante das circunstâncias que fogem do controle. O que se pesquisa aqui é o que ainda não se sabe. Essa ideia mobiliza energias e aguça a vontade de iniciar.

O caminho da pesquisa: aprendendo tempos diversos e outros percursos

Na Amazônia o tempo não segue a mesma lógica do relógio; os retalhos de tempo são medidos por horas e dias de viagem, por curvas e praias do rio, por furosⁱⁱ, igarapés e paranásⁱⁱⁱ, pelas cheias e secas, pelo tipo de

ⁱ O tempo, para os gregos, era designado pelas duas expressões. *Chronos* é o tempo sequencial, medido, com dimensão quantitativa, que tem princípio e fim. *Kairós* é o tempo qualitativo, refere-se a um momento indeterminado em que acontece alguma coisa especial; é o tempo da oportunidade. Também há a designação de *Aíôn*, que é o tempo sagrado e eterno, sem uma medida precisa.

ⁱⁱ Segundo Nogueira,³ em entrevista com os comandantes de barcos: “Os furos são canais de rios menores, só aparecem na cheia, atravessam as ilhas, entram nos continentes, ligam um paraná a outro”.

ⁱⁱⁱ Paraná constitui-se de um braço do rio com saída pela montante ou jusante no mesmo rio, constituído geralmente por uma ilha encostada a uma das margens continentais da bacia. Também há paranás rasgados entre as ilhas.³

acesso (avião, barco ou carro), pela potência do motor (rabeta^{iv}, 15, 40, 80, 150^v) e por tantas outras noções que dobram o tempo cronológico. A medida do tempo está na relação com o espaço, com o percorrer as distâncias entre dois pontos. Parece ser algo abstrato, mas é algo concreto; acontece cotidianamente e organiza a vida das pessoas que vivem nesses territórios. O tempo da oportunidade, de partir ou de chegar, de atravessar um percurso, de encontrar pessoas e coisas, de identificar uma árvore marcante ou um animal selvagem; essa parece ser a noção predominante de tempo. Não há sustentação no tempo cronológico do relógio. A descoberta faz com que um dos pesquisadores retire do pulso o relógio e ele passa a repousar na mochila da viagem, uma vez que esse instrumento cria uma expectativa que não se realiza plenamente no território. A nova dimensão para o tempo começa a fazer sentido no corpo e inclui a capacidade de esperar e observar.

Viajar de avião é outra experiência que não foge da dimensão singular do tempo e das

condições locais. Chegamos em Tefé para a primeira parte da viagem e logo ficamos sabendo que não seria possível seguir viagem porque o avião que faria o trajeto Tefé–São Gabriel da Cachoeira não saiu de Manaus por dificuldades técnicas. Assim, esperamos o transporte para o hotel, enquanto trocávamos impressões sobre o lugar. No aeroporto outra pessoa se incorporou ao grupo, ampliando a sua diversidade: um italiano com sotaque baiano, um gaúcho cosmopolita, um gaúcho manauara, dois paraenses-amazonenses, uma gaúcha com sotaque original e, agora, um “genuinamente” amazonense (médico gestor da atenção básica do estado). Ainda para ajudar na diversidade e no intangível, uma jornalista que tentava a todo custo um acesso de internet para submeter um projeto a um edital do Ministério da Cultura. Resultado: apesar de todo esforço, não conseguiu sinal suficiente de internet, nem mesmo andando com o computador aberto no meio da rua em busca de um sinal melhor. A conexão com a rede mundial de computadores é outra questão que passa pelo tempo-oportunidade: não é evidente que haverá conexão, tampouco que o

^{iv} A rabeta é um motor de 4 ou 5 hp que tem como característica um eixo de ferro longo. É a embarcação mais comum nas comunidades ribeirinhas por ter um custo baixo.

^v As designações da potência do motor referem-se aos cavalos de potência (horse-power - HP) referem-se à força que o motor pode produzir para realizar o trabalho, no caso dos barcos, para o deslocamento. Ou seja, a

potência do motor também designa a velocidade possível e a expectativa de tempo de deslocamento que, como se vê, pode variar bastante. Pequenos barcos de uso pessoal e familiar costumam ter potências menores e menor capacidade de carga, com menor velocidade. Nesse caso tempo e espaço também nos ajudam a entender as desigualdades sociais no território.

sinal seja suficiente para procedimentos triviais, como acessar e-mails com anexo, postar as primeiras sensações e imagens nas redes sociais e outras facilidades tecnológicas usuais na vida urbana. Usuais, porém não naturais, como parece fazer crer o excesso de uso que é naturalizado no cotidiano. Aqui, comunicação é predominantemente pela fala de pessoas, nos encontros, nas ruas, nos espaços públicos e privados.

Como não poderíamos seguir viagem, resolvemos fazer uma reunião-conversa na orla da cidade de Tefé, em frente ao lago do mesmo nome da cidade, em que circulavam lanchas, barcos e rabetas. Sentamos em volta da mesa de um dos bares e discutimos as estratégias de pesquisa e a reorganização da agenda. Aproveitamos para conversar com o coordenador do Departamento da Atenção Básica (DABE/SUSAM), que atualizou as informações do grupo sobre o cenário dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos no Amazonas. Informações da pesquisa começaram a chegar antes mesmo da “chegada em campo”, e não eram informações disponíveis nas bases de dados institucionais; tratava-se de ajustes singulares do Programa à realidade local. Coisas da pesquisa qualitativa, que vai dando vida cotidiana aos dados oficiais. Impossível não lembrar de uma das dimensões da complexidade do campo da saúde coletiva

que, no entendimento de Madel Luz,⁴ é justamente a tensão entre o conhecimento prévio e as práticas; essa tensão faz avançar o conhecimento. Não demorou muito a escurecer e presenciamos um belo espetáculo de andorinhas que se preparavam para dormir nos galhos das mangueiras que estavam acima das nossas cabeças. As andorinhas fizeram círculos e voltas no céu, com grande ruído e alvoroço, até que finalmente se acomodarem nas árvores. O espaço torna marcado por fenômenos que pertencem a forças outras: necessário retirar-se da praça que estava protegida pelas árvores, que agora se tornaram espaço de descanso e de descarga de excrementos dos pássaros. A natureza aqui mostra sua força o tempo todo. A noite está fresca e a caminhada de retorno ao hotel não é penosa; ao contrário, muito prazerosa. O sono chega com o “desligamento” da cidade, que permite a oportunidade de mais longo período de descanso em condições de temperatura mais favoráveis. A energia elétrica é fornecida por combustão (termoelétrica) e tem horários para seu funcionamento pleno. Parte da iluminação pública e a energia elétrica para a periferia da cidade, por economia, são desativadas durante a noite.

No dia seguinte, informados da solução para a viagem, seguimos para o aeroporto e, desta vez, chegamos ao destino.

Partimos sem o Coordenador do DABE, que foi acionado por uma emergência. Ele retornou a Manaus para acompanhar uma pessoa com problema agudo de saúde, que teve o cuidado inicial no serviço de saúde do município por parte de uma médica que seguiu viagem conosco. A regulação do cuidado nesse território, dadas as características dos serviços disponíveis, é ainda mais dependente da mediação micropolítica. No dia seguinte, encontramos a mesma médica no Hospital Militar de São Gabriel da Cachoeira e descobrimos que estava fazendo o “rodízio” de cirurgiões militares no município. Diante da escassez de médicos interessados em atuar no hospital, sob gestão militar, a estratégia adotada foi mobilizar, por períodos de 15 dias, médicos de diferentes localidades do país para dar cobertura ao atendimento. No mesmo voo, encontramos outro médico que atuava como supervisor do PMM em área indígena. Já tinha trabalhado na região de SGC com saúde indígena e atualmente estava residindo no Nordeste. Mais registros no caderno de campo, com dados preciosos da realidade das aldeias, pelo informante inesperado. O inusitado, nesse caso, supre a limitação causada pelo encurtamento da estada em São Gabriel: entre os vários ajustes no cronograma, as 24h em Tefé nos impediriam de realizar o campo na aldeia que planejamos. Nesse momento da

viagem, diferentes situações corriqueiras no território amazônico, mas escassas em outros contextos, tomam o olhar e o corpo dos pesquisadores. O Programa Mais Médicos, a realidade da circulação de profissionais, as interfaces entre as políticas públicas e órgãos de diferentes setores, as estratégias para as fronteiras; a pesquisa começa a tomar o corpo dos pesquisadores, com depoimentos inesperados já durante a viagem. Decididamente, não se faz pesquisa sem o corpo! Pesquisa não implicada é como descobrir o já sabido; pesquisa implicada é aprendizagem, estranhamento com o corpo-identidade, transformação do conhecimento... O conhecimento, nesse caso, surge do estranhamento do percebido com o próprio corpo, com as ideias prévias e com os conhecimentos anteriores. Aprendizagem é relação de alteridade com o externo, é falseamento recíproco entre o já sabido/introjetado e o percebido. A pesquisa não apenas acumula registros e informações, mas também muda o modo de olhar e entender os registros.

O avião aterrissou sem problemas no aeroporto de São Gabriel (Aeroporto de Uaupés), localizado no interior da mata e completamente cercado de frondosas árvores. Tem uso comercial, mas é administrado pela Força Aérea Brasileira. Tomamos dois taxis para

a cidade, que dista seis quilômetros do aeroporto. Uma constatação que nos acompanhou nos dias seguintes: os serviços, por aqui, têm uma informalidade grande e coisas práticas, como uma nota fiscal ou um recibo para comprovar a realização de um serviço não tem emissão regular. Outro inusitado: antes de chegar à cidade, tivemos que esperar pelos carros que atravessavam uma ponte improvisada pelo exército, porque a original fora levada pela chuva torrencial dos dias anteriores. O tempo, aqui, como já registrado, é marcado por oportunidades e por intervalos que não são regulares. Logo identificamos nos primeiros sinais da cidade, a forte presença do exército, justificado pela questão da fronteira e a necessidade de assegurar a soberania nacional. O local é tão estratégico para a ordem militar que tem a presença de um general. Além dos Batalhões na cidade, o exército ainda tem outros sete Pelotões de fronteira, que estão localizadas mais ao interior e junto às comunidades indígenas. O exército aqui tem um plano de transversalidade na vida da cidade, em quase todas as áreas. Inclusive na saúde, na medida em que militares administram o hospital estadual e, até o início do Programa Mais Médicos, quase toda a atenção básica do município e algo da atenção ambulatorial especializada estavam a cargo de oficiais do

exército, em atividade complementar à carga horária de trabalho militar.

O caso da pesquisa propriamente dita: o Programa Mais Médicos no território do município

Assim que concluídos os procedimentos de alojamento, fomos na Secretaria Municipal de Saúde para uma conversa com o Secretário. A conversa foi bastante descontraída e produtiva. O secretário é funcionário do DSEI, mas está cedido para a gestão, sendo a segunda vez que atua como secretário. A conversa ultrapassou o roteiro previamente planejado e se estendeu para além do horário do almoço. Muitas informações sobre os componentes do sistema municipal de saúde, particularmente as dissociações em relação à saúde da população urbana e à saúde indígena, nos situou em relação aos desafios da gestão municipal e nos preparou para o que iríamos ver nos locais de serviço. A vontade de compartilhar a experiência e de contar de si e do seu trabalho tornou o roteiro prévio em tecnologia obsoleta: as respostas, com frequência, foram surgindo antes mesmo das perguntas e abrangeram aspectos que não imaginávamos existir no momento da estruturação do roteiro. Um trabalho penoso, exaustivo, muitas vezes solitário, mas mobilizado pela vontade de

estruturar o SUS Municipal com as melhores condições possíveis de atendimento aos homens e mulheres daquela localidade. Trabalho militante, não por exatamente cumprir a lei, mas por acreditar que o que está previsto na lei é uma oferta boa para melhorar a saúde da população. Trabalho também engajado na mudança do contexto sanitário local. A fala contagia e quebra uma primeira sensação, de que se trata de um sistema de saúde caracterizado pela falta e pela distância em relação àquele que está no corpo e na retina dos pesquisadores: sistema de saúde urbano em grandes centros. Grita a sensação de que é preciso ajustar o corpo para compreender o que está por vir. Não é uma pesquisa que repita um movimento tautológico de buscar o já sabido e concluir que não há nada quando o que se vê não é familiar; necessário desenvolver uma sensibilidade para interagir com forte alteridade no que há para pesquisar. Há aqui um Brasil singular e, portanto, um sistema de saúde que precisa estar singularizado. É preciso ver ausências, mas também presenças singulares. Aos pesquisadores, desafia desenvolver a capacidade de ver o que não está na retina e no pensamento.

No período da tarde, visitamos a UBS da Praia, que tem esse nome porque está localizada na rua que separa a cidade do rio.

Trata-se do escuro Rio Negro, que desce pelas corredeiras e contrasta com as areias brancas praias. Nada de cachoeiras! Soube-se que o ruído das corredeiras, mimetizando quedas de água, deu o nome ao município. Um cenário para permanecer na memória... Fomos apresentados aos trabalhadores da UBS e esperamos para a entrevista com a médica cubana, uma de sete profissionais do Programa Mais Médicos no município. Esperamos pelo último atendimento para a conversa, mas o que nos admirou foi que a consulta durou em torno de 40 minutos. A espera não nos incomodou porque tivemos oportunidade de diversas conversas na Unidade e logo relacionamos com os tempos de consulta aos quais estamos habituados. Depois perguntamos à médica, qual era o tempo médio das consultas e nos respondeu que não conseguia seguir o que foi recomendado na formação inicial no Brasil, que era entre 10 a 12 minutos. Disse que ficou preocupada porque jamais conseguiria fazer num tempo tão curto. E está mais tranquila porque não precisa fazer; atende às pessoas com um tempo que se sintetiza no encontro e não está aprisionado em qualquer protocolo. Tem conseguido administrar bem a agenda, segundo nos informou e foi confirmado pelos colegas.

A entrevista foi emocionante. Depoimentos, relatos, questões mobilizadoras

do pensamento, histórias da vida e o impacto da entrada no Programa. Ao saber do seu destino no Brasil, ainda em Cuba, consultou a rede mundial de computadores e encontrou várias fotos da praia. Não conseguia imaginar como haveria mar no meio da floresta, mas as imagens mostravam areias brancas e água espumosa. Conta que ao chegar, constatou que aquela água espumosa era negra. Por certo inadequada para o consumo e para o banho! Com a convivência com a população e residindo há poucos metros da praça que se continua no rio, desmistificou o imaginário construído sobre a água escura e frequenta regularmente as águas do Rio Negro em momentos de lazer. Também já constatou que a vida em um território localizado no meio da floresta não é cercada de feras selvagens e perigos. É impressionante como o relato conta de descobertas, mas também de disponibilidade de descobrir, de aprendizagens, mas também de vontade de aprender. Um efeito de intercâmbio que parece não estar programado no escopo oficial do Programa, mas que, por certo, produz fluxos de trocas culturais, sanitárias e pessoais em grande quantidade. E constrói laços para uma clínica singular àquela população.

A pesquisa segue e as informações continuam transbordando dos roteiros e atravessando o corpo e as formas prévias. Na

sala de espera, uma senhora aguarda para conhecer a equipe de pesquisa, e sabemos que havia chegado de madrugada à UBS. Rapidamente os pesquisadores recordam que haviam captado o registro de implantação do acolhimento na unidade, o que não é compatível com o relato. Porque chegou tão cedo é o questionamento que sai automaticamente de um dos pesquisadores. Antigamente, disse a senhora, só conseguia ficha para atendimento chegando de madrugada e, como precisa fazer um deslocamento mediado por barcos e caminhadas, precisava se deslocar durante parte da noite. E agora? Agora não precisa mais, que a doutora e a equipe atendem imediatamente quando abre a unidade. E porque não chega mais tarde? Pois é, passou a vida toda chegando cedo ou tendo que retornar sem atendimento; não se importa de seguir nessa rotina. Senão, se um dia voltarem os tempos difíceis, não conseguirá mais se adaptar à dificuldade. Depoimento que emociona por falar de um vínculo e uma defesa do serviço de saúde que não estava entre as hipóteses iniciais. Resiliência e reconhecimento da relevância da atenção básica, que emociona. Aposta radical na atenção básica do Sistema Único de Saúde. Mas também uma dimensão do tempo-oportunidade: a gratidão por receber um bom atendimento.

Depois da entrevista fomos caminhar na praia de águas negras. Algumas canoas estavam ancoradas na praia e, ao lado, estavam mãe e filha tomando seu banho diário no rio. Barcos e pescadores saindo das margens para inspecionar as redes. Fomos até o bar de um cubano, que na verdade era brasileiro, que tinha vivido na colômbia e servia comida peruana, ou seja, estávamos no local certo quando se trata de fronteira. Relatou a diversidade de fluxos na tríplice fronteira, seja para o trabalho, para o comércio, para a educação ou para a saúde, a fronteira é ponto de passagem e não de separação entre territórios, não apenas para a população indígena. Na zona de fronteira, a nacionalidade é informação com pouca capacidade de explicar diferenças culturais, idiomáticas; a fronteira é área de hibridismos. Encontros sucessivos, com roteiros que se repetem: informações sobre quem é e o que faz e logo se produz intimidade para falar de si, do contexto, das preocupações e opiniões sobre o Programa Mais Médicos. “Excelente iniciativa!”, “Melhorou muito o atendimento!”, “Os cubanos são muito bons” Opiniões que descrevem e constituem o Programa.

No dia seguinte, fomos à UBS do Centro, onde estavam dois médicos cubanos e realizamos a entrevista com ambos, ao mesmo tempo. Foi uma conversa-entrevista muito

interessante, com uma diversidade de informações que surpreendeu pela clareza e pela profundidade da análise que fazem do contexto. Questionados sobre as principais marcas na chegada ao Brasil, ambos informam que o óbito de crianças por causas evitáveis, como a desnutrição, foi uma realidade compartilhada por ambos. A pergunta inicialmente foi planejada para dar vazão ao que pareceu ser um primeiro evento relevante da chegada, que foi a recepção violenta a que foram submetidos por profissionais brasileiros e entidades médicas em alguns aeroportos. Não, essa informação sequer foi citada. Ver crianças desnutridas, diante de uma tão farta riqueza natural, parecia um paradoxo inaceitável para os profissionais da saúde. O que faz diante de uma cena como essa, questiona um dos pesquisadores. A resposta: não pergunto o que compõem a dieta, que é evidente não está adequada nem à criança e nem à mãe, responde o médico; pergunto o que há em casa para completar a dieta, segue o médico, e penso como posso aumentar o aporte calórico e nutricional da refeição, finaliza. Não sem, imediatamente, falar dos seus filhos, pequenos, que estão em Cuba, com olhos molhados, como dos pesquisadores. Foi inevitável a comparação com o seu país e o seu sistema de formação e de serviço de saúde. Também de ver como aprendemos a hierarquizar e naturalizar a vida

que, dependendo de qual segmento da sociedade é atingido, sensibiliza mais os indicadores de morbi-mortalidade do que o corpo de quem cuida ou gere o sistema de saúde. Mas foi também uma amostra de uma clínica que tem capacidade de nomadizar-se e de uma aprendizagem que se faz mestiça com o contexto.⁵ Como não lembrar de pesquisas prévias e da militância por uma clínica da integralidade. O debate sobre a dimensão micropolítica do cuidado e as naturezas tecnológicas que são disponibilizadas no trabalho de cuidar, com Merhy⁶ quase que textualmente: a alma dos serviços de saúde é o cuidado e, para tal, uma combinação singular de tecnologias geridas com base na tecnologia relacional. O tímpano e a retina dos pesquisadores precisam estar encharcados de sensibilidade para conectar-se com o que está se passando no entorno.

No período da tarde, uma parte do grupo participou da reunião do Conselho Municipal de Saúde, cuja a pauta era a apresentação das metas do município em relação ao planejamento regional, conduzido pela Secretaria de Estado da Saúde. O Conselho é presidido por um líder indígena, que trabalhou como Agente Comunitário de Saúde por muito tempo. Ele conduziu a reunião como se dirige uma Assembleia ou Conferência, dando tempo para cada intervenção e fazendo

sínteses de encaminhamento. Fizemos uma pequena exposição da pesquisa e a proposta de uma metodologia mais compartilhada sobre o PMM. Ao final, houve uma discussão sobre a presença das instituições de ensino no Conselho, pois pouco se faziam presentes e não tinham uma participação direta na política de saúde. No entanto, alguns se posicionaram no sentido de manter as instituições porque essas têm lugar importante na formação dos profissionais que atuam na saúde, inclusive respondem com o componente da formação dos trabalhadores do SUS. Esse ponto foi provocado por estudantes do curso de bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Amazonas - UEA, que se apresentaram para ajudar nas análises do Conselho e teve boa acolhida na deliberação do Conselho.

A outra parte da equipe foi visitar duas UBS que tinham nas suas equipes médicos do PMM, também cubanos. Mais material riquíssimo, com relatos que apontam a saturação da amostra. Mas a vontade de seguir foi mais forte e os depoimentos captados, mesmo que com repetições relevantes. Repete o conteúdo da fala, mas não repete a ênfase, a abrangência e a intensidade do que é relatado. Aqui chamou a atenção a dificuldade de conexão à internet e, portanto, a quase impossibilidade de cumprir com as atividades

da formação em EAD que os médicos estão vinculados e que são coordenadas por universidades em diversas localidades no Brasil. Aos pesquisadores, um problema se antecipa, que é o risco de interrupção do vínculo dos médicos ao Programa diante do não aproveitamento das atividades de formação. Também a constatação de que o Brasil urbano, branco e universitário desconhece os brasis que compõe, inclusive para a proposição de políticas públicas. Depois se confirmou que vários médicos do PMM no Estado foram desvinculados do Programa por não cumprirem com a programação do curso, ou seja, foram desligados por falta de comunicação numa região em que a conexão é um problema para todos os tipos de serviços e para a vida social em si.

No terceiro e último dia em São Gabriel, uma agenda intensa de visita e entrevistas. No primeiro momento, conversamos com a coordenadora da Atenção Básica, que estava no município por ser esposa de militar e tinha a formação em enfermagem. Portanto, com data para sair do município, seguindo a regra de permanência de dois anos. Assim é com parte dos profissionais do sistema municipal de saúde: a fixação é tênue e a movimentação de parte importante da equipe se dá nos ciclos da atuação nas Forças Armadas. Como não recuperar o debate sobre a

importância de descentralizar a formação para o interior do país, gerando mais estímulo à fixação dos profissionais? Em seguida, visitamos o hospital militar e fomos conduzidos pelo coronel e sua equipe, com um assessor de comunicação que não deixou de registrar em muitas fotografias o roteiro da visita. A estrutura do hospital é remanescente das unidades pré-moldadas que foram importadas da Inglaterra no final da década de 1960. A unidade, apesar de antiga, estava em bom estado de conservação, em relação às outras que ainda restam no Estado, segundo informação de um dos pesquisadores que tinha estudos na área da história da saúde. O hospital tem um mamógrafo, um tomógrafo, um laboratório de exames que, por um tempo, fazia a cobertura de toda rede municipal, inclusive da saúde indígena. Com orgulho, a equipe mostra os recursos tecnológicos disponíveis e a diversidade de profissionais em diferentes áreas, inclusive na manutenção de um laboratório de saúde pública. O equipamento público de saúde, aqui, parece pintado de verde, o que dá uma dupla informação: a importância do exército na manutenção dos equipamentos de saúde e a constatação de um imaginário de que a oferta de ações de saúde é benesse.

Por fim, visitamos uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), que é um serviço de

referência para a população indígena que vive em aldeias e que necessita de procedimentos em serviços localizados na área urbana ou outras cidades. O local é uma casa de espera, de concentração e distribuição de demandas e de encontro de pessoas que procuram atendimento nas políticas públicas. Sua forma de organização se assemelha a uma pequena cidade, com pavimentos especializados (consultórios, farmácia, cozinha) e pavimentos de habitação divididos por etnia. O local está lotado, com algo em torno de 100 índios. Além das necessidades de saúde e das dificuldades de fluxo, os profissionais e índios falam de travas por preconceito, por desconhecimento da cultura, por ofertas que não dialogam com suas concepções de saúde, de desassistência e de um cenário mais promissor com a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Os relatos da realidade vivida naquele local e das histórias que os usuários contam chegam ao ouvido de parte da equipe de pesquisa inicialmente como algo próximo à ficção e, aos poucos, vão produzindo alteridade e compondo pensamentos. Para que o sistema de saúde brasileiro seja único, ele tem que ser diverso ...

À tarde tomamos carona com o avião do Estado, de 9 lugares, para retornar à Manaus, uma vez que o avião estava disponível e que nossa reunião com os representantes da Secretaria fora antecipada para horário

incompatível com o voo regular (que posteriormente foi suspenso por coincidir com um feriado). O piloto nos alertou que teríamos 3 horas e meia de voo e que a aeronave não possuía sanitário e o serviço de bordo se resumia a uma caixa refrigerada com água, salgados e chocolate. A área de embarque estava vazia, pois só tinha o nosso voo para sair naquele dia. Para fazer o transporte de pacientes, é necessário arrendar os aviões regionais, o que se constitui num custo desproporcional aos recursos do município para a saúde, ou aguardar na fila do transporte sanitário do Estado, que na época era constituído por dois aviões e um hidroavião com uma equipe médica que fazem a remoção de pacientes graves nos 61 municípios do interior. O deslocamento por barco, muito demorado, normalmente torna inviável o atendimento ágil de demandas por saúde. Seguem histórias contadas pelo piloto, falando das características do território amazônico e sobre a permanente descoberta que significa transitar por aí. O avião voou sobre o rio Negro e a floresta, que alguns momentos percebemos que era branca devido às nuvens que estavam entre nós e a floresta. Assim, brincamos que a floresta dali de cima era branca. O piloto, experiente em voos naquele território, torna as formas homogêneas em histórias de aventura: pouso na água, perseguição a barcos de

contrabando, salvamentos espetaculares. O tempo, nesse caso, passa mais rápido do que o relógio. O medo de voar em aviões daquele tamanho, com o manuseio da ansiedade dos passageiros feito pelo piloto, experiente, tornou-se registro de memória, apenas. Parte da equipe, soube-se depois da chegada, identificou uma capacidade ímpar do piloto em operar com tecnologias relacionais. Vontade de saber se Merhy compunha parte de suas leituras....

Contexto da saúde no município

São Gabriel da Cachoeira faz parte da região do Alto Rio Negro e a maior parte do município compreende a área indígena do Rio Negro, que se estende para os municípios de Barcelos e Santa Izabel. Parte da área indígena Yanomami também faz parte do território do município. A região do Rio Negro é compartilhada por 22 etnias, que pertencem a quatro famílias linguísticas (Tukano Oriental, Maku, Aruak, Yanomami), tendo ainda a Língua Geral (Nhengatu) como um idioma falado por alguns grupos. A diversidade linguística se reflete nas diferenças cosmogônicas e cosmológicas.⁷ Os grupos da família linguística Tukano Oriental estão divididos em quinze grupos patrilineares exogâmicos: Arapaço, Bará, Barasana, Desana, Cubeo, Karapaná,

Makuna, Miriti-tapuia, Pira-tapuia, Siriano, Taiwano, Tatuyo, Tukano, Tuyuka, Yuriti, etc.⁸

A cidade de SGC se constitui numa grande babel, pois é um território de encontro e a sede do poder e da gestão das políticas públicas e das políticas indígenas de parte importante da população que vive no Amazonas. Vimos na Casa de Saúde Indígena (CASAI) a política em ação, pois ali estavam os usuários e suas famílias nos alojamentos aguardando o atendimento na rede municipal ou o deslocamento para Manaus. Vimos a preocupação do gestor com o ambiente para que o indígena se sentisse mais próximo possível do seu mundo. Observamos também a preocupação de separar as etnias para evitar problemas e também para respeitar as diferenças linguísticas. A CASAI, como um microcosmo, representa muito bem o universo da região do Alto Rio Negro. A população indígena é diversa em termos de cultura, língua e modos de organizar a vida e a saúde e leva suas características nos territórios por onde passa.

A convivência dessas características torna o território altamente complexo e essa complexidade precisa estar presente nas respostas das políticas públicas. Como exemplo: o sistema de casamento no tronco Tukano (maioria no Rio Negro) é do tipo

patrilinear e exogâmico linguístico. O casamento sempre deve ser realizado entre etnias diferentes, e a mulher deve deixar a casa dos pais para viver com o marido. Isso significa dizer que numa mesma localidade as mulheres sejam de diversas etnias e os homens de uma mesma etnia. Esse sistema mantém sempre em aberto a possibilidade de alianças e acordos políticos para o equilíbrio das forças. Assim, as funções de liderança e coordenação tanto tradicionais (Tuxaua, Pajé) como novos (líder comunitário, presidente da associação, Agente Comunitário Indígena, chefe do posto) representam locais de poder que estão diretamente relacionados aos contextos sócio-linguísticos.

A região é marcada historicamente pela presença de algumas instituições, sendo a Igreja Católica, através das missões salesianas, a que teve um maior impacto na vida social das comunidades. Os missionários salesianos se instalaram de modo permanente na região do Alto Rio Negro a partir de 1915, e organizaram as aldeias pelo princípio de comunidades, com casas ordenadas em fileiras de ruas. Os missionários construíram internatos em diferentes áreas com o objetivo de educar as crianças a partir de padrões e princípios cristãos e ocidentais. A Diocese tinha uma rede de ambulatórios e postos nas comunidades indígenas, inclusive com uma unidade de saúde

e escola. Com a mudança na política de saúde e com a criação do sistema de saúde indígena, a igreja foi participando menos na gestão da saúde. Ainda participa da organização do sistema de saúde indígena, tendo papel de articuladora junto às organizações indígenas do Rio Negro. O exército é outra instituição que tem influência sobre a região. Na questão da saúde, o hospital é de gestão militar através de convênio com a Secretaria de Estado de Saúde, tendo um quadro próprio de profissionais. Nos pelotões de fronteira há a presença dos profissionais de saúde, que, em parte, realizam a assistência aos indígenas, pois a responsabilidade é do Distrito Sanitário Especial Indígena, que nem sempre acompanha a mobilidade e a dispersão das populações.

A saúde no município está dividida em três partes: gestão municipal que é responsável pelas UBS da sede; saúde indígena de responsabilidade federal e realiza a gestão do DSEI e da CASAI; hospital militar que é uma instituição federal em convênio com o Estado. Portanto, temos a gestão municipal, estadual e federal no mesmo município. Isso exige um diálogo entre esses entes, tanto no que se refere às informações como na negociação da própria atenção à população.

De toda forma, há um consenso de que o Programa Mais Médicos ofereceu um marco

de desenvolvimento do sistema de saúde: a grande expansão de cobertura assistencial, com o provimento de profissionais antes muito escassos; uma maior integração com aspectos singulares dos modos de vida das populações, em parte devida a uma clínica com mais escuta aos aspectos envolvidos com a produção de saúde e que são particulares nos territórios; o fortalecimento da função de gestão do sistema de saúde, com maior presença e integração da esfera estadual e federal. Diversos problemas continuam existindo e, provavelmente, o principal deles é o risco de descontinuidade do Programa, que gera uma dupla consequência: a interrupção de uma iniciativa que se mostrou capaz de enfrentar a problemática da desassistência ou do enorme esforço local para viabilizar atendimento e a redução na oferta assistencial, que já está incorporada no cotidiano como função do sistema de saúde e, provavelmente, como direito das pessoas. Definitivamente, analisar os efeitos do Programa Mais Médicos nesse local exige mais do que o conhecimento da estatística, da epidemiologia e das políticas de saúde.

Conclusões. Ou: o embrenhamento como oportunidade ao pensamento

Como registrado no início, nos embrenhamos para essa etapa da pesquisa. Mais do que o resultado em si, que vai

compondo nossa produção científica para debate com a comunidade acadêmica, interessou aqui uma reflexão sobre o *fazer da pesquisa*. A produção em termos de tecnologias, conhecimentos e informações técnico-científicas, para disseminação e consolidação do campo de pesquisas, para informação aos tomadores de decisão e aos militantes por políticas públicas, vai se tornando disponível na medida em que os resultados são consolidados e aceitos para publicação e apresentação. Afinal, a interlocução contínua com a comunidade científica e com pessoas interessadas em determinado assunto é o que desenvolve um campo de conhecimentos e o que torna válida e útil a produção acadêmica.⁹ Já não se sustenta a validade da pesquisa apenas no primado do método (“obsessão metodológica”) e na crença de objetividade e racionalidade da ciência, lembra Alvez-Mazzotti⁹ e, por isso, a circulação do conhecimento produzido é muito importante.

Entretanto, aqui a vontade era de refletir sobre o processo de pesquisa propriamente dito. Sobre o *embrenhamento* na pesquisa em si. Sobre a capacidade do “campo empírico” em produzir as necessárias dobras do pensamento do pesquisador e da porosidade dos recursos metodológicos utilizados na

pesquisa de se abrir às singularidades do empírico.

A questão que surge é a ideia de que não cabe aqui uma teoria totalizadora e, sim, a nutrição de um olhar questionador, pois a segurança dos conceitos naturalizados, duros e lacrados em caixotes, tem efeito de sedação à capacidade de criação, à inovação, ao viver saúde e ao exercício permanente de viver em intensidade.¹⁰ Ao mesmo tempo que se faz uma boa “revisão da literatura” ou um excelente retrato do “estado da arte” da temática em estudo, é preciso constituir dúvidas sobre a capacidade da teoria de dialogar com a prática. É preciso questionar se, em última análise, o conhecimento produzido tem capacidade de compor uma “caixa de ferramentas”. Esse termo é tomado por empréstimo de um diálogo entre Deleuze e Foucault¹¹ em que debatem as relações de transversalidade entre teoria e prática: “desde que uma teoria penetra em determinado ponto, ela se choca com a impossibilidade de ter a menor consequência prática sem que se produza uma explosão.”^{11:71} A questão que se deve fazer à teoria é se ela *serve*, se *funciona*, se *explode* a ponto de se deixar *atravessar* pelos desafios que o cotidiano coloca ao trabalho intelectual. Para Deleuze, “Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser

teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou.”¹¹ O momento da exposição ao campo empírico é uma ótima oportunidade de fazer funcionar a teoria, de questionar o quanto ela serve para aquele contexto. Nossos registros nos cadernos de campo foram rico material empírico para captar os estranhamentos do cotidiano observado com conhecimentos e “objetividades” prévias.

Nessa perspectiva, o embrenhamento no território marcado pela floresta tropical foi revelador de novidades ao pensamento e de novas perspectivas para analisar as práticas de cuidado, bem como apontam para o próprio modo de fazer pesquisa. A diversidade local, somada à sensibilidade na escuta dos profissionais que se agregaram ao Programa Mais Médicos parece revelar uma dimensão impensada na política oficial: o desenvolvimento do trabalho no cotidiano da atenção básica. Diferentes teorias e práticas chocam-se e geram o desenvolvimento da capacidade de gerir e cuidar. A pesquisa se reinventa no ato de pesquisar, entre o plano de trabalho, os desafios e os imprevistos. Só há pesquisa, se o pesquisador se reinventa e aos seus métodos de coletar e interpretar os dados e, portanto, a pesquisa é em si educação permanente.

Referências

1. Ferreira ABH. Pequeno Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. 11 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1964.
2. Nicoli MA, Martino A, Marta BL, Baptista GC, Guimarães CF, Sintoni F, Ferla AA. Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. *Saúde em Redes* [Internet]. 2016 [15 jan 2017]; 2(1):23-42. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/658/pdf_21
3. Nogueira ARB. Percepção e representação gráfica: a “geograficidade” nos mapas mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas. Manaus: Edua, 2014.
4. Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2009 [15 jan 2017];18(2):304-311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.
5. Ferla AA. Clínica em movimento: cartografias do cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.
6. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes* [Internet]. 2015[15 jan 2017];1(1):07-14. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>.
7. Schweickardt JC, Gentil G. A “manjuba” e o encanto: relação natureza-cultura na explicação da doença. *Boletim Rede Amazônia*. 2014; 3(1): 47-54.
8. Buchillet D. Os Índios da região do Alto Rio Negro: história, etnografia e situação fundiária. Laudo antropológico pela Procuradoria Geral da República. Brasília: 1997.
9. Alves-Mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*. 2006 set-dez; 36(129): 637-651.
10. Collar JM, Almeida-Neto JB, Ferla AA. Educação Permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. *Saúde em Redes* [Internet]. 2015[15 jan 2017]; 1(4):53-64. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644/pdf_15
11. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

ARTIGO ORIGINAL

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Capabilities and challenges of physical therapy in the context of primary health care: documental analysis

Maria Joseane Freitas

Graduanda do oitavo semestre do Curso de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

E-mail: mariafreitas12.1@bahiana.edu.br

Resumo

Introdução: Considera-se recente o diálogo entre a fisioterapia e a Atenção Primária à Saúde (APS). Apenas em 20 de maio de 2009, com a Resolução do COFFITO nº 363, a fisioterapia foi reconhecida como especialidade em Saúde Coletiva, oficializando a relação da profissão com a APS, seus desafios e potencialidades de atuação na perspectiva da vigilância em saúde. Objetivo: Analisar as potencialidades e os desafios para a atuação da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Métodos: Trata-se de uma análise documental, na qual, as buscas de artigos incluem pesquisas em bases eletrônicas, busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas e documentos públicos. Todas as fontes selecionadas passaram pelas fases de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, de forma a dar sentido lógico e coerente ao conteúdo apresentado. Através da leitura do título e resumo de cada artigo, foi possível verificar se havia relação do estudo com a pergunta de investigação e, dessa forma, selecionar os artigos que seriam incluídos como fonte para a pesquisa, os critérios de exclusão foram, artigos

Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Fisioterapeuta e Especialista em Saúde da Família pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

que não contextualizasse a realidade da Saúde de Pública do Brasil. Considerações finais: Este estudo apresenta desafios e potencialidades da atuação da fisioterapia no contexto da APS, com a proposta de promover a desconstrução de paradigmas que rotulam a fisioterapia apenas em seu caráter reabilitador, acarretando na falta de compreensão dos próprios profissionais de saúde e da população. **Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The dialogue between physiotherapy and Primary Health Care (PHC) is considered as recent. It was only on May 20, 2009, in the COFFITO of Resolution No. 363, that physical therapy has been recognized as a specialty in Public Health, confirming the relationship of the profession with the PHC, its challenges and potential activities in health surveillance perspective. Objective: To analyze the opportunities and challenges for of physiotherapists in the context of Primary Health Care, in view of the comprehensiveness of health care. Methods: This is a documentary analysis, which searches included research in electronic databases, manual search of

citations initially identified in publications, articles and public documents. All selected sources have gone through the stages of exploratory reading, selective, analytical and interpretive, to give logical and coherent sense to the presented content. By reading the title and abstract of each article, it was possible to see if there was a relationship with this study research question. Consequently, were select articles that would be included as a source for research, the exclusion criteria were articles that do not contextualize the reality of Public Health of Brazil. Final Thoughts: This study presents the challenges and potentialities of physiotherapy performance in the context of the PHC, with the proposal of promote the deconstruction of paradigms that labels physiotherapy as rehabilitator profession, resulting in the lack of understanding of the healthcare professionals and the public.

Keywords: Public Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Education; Physiotherapy.

Introdução

A construção de um diálogo efetivo entre a Fisioterapia e a Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser considerado como fato ainda recente. As mudanças realizadas no sistema de saúde e no perfil epidemiológico e demográfico da população ao longo das últimas décadas abriram um espaço que ratifica e fortalece essa relação, ampliando o escopo de possibilidades, de atuação desta categoria profissional.¹ Em contrapartida, trouxe novas responsabilidades e desafios a serem enfrentados, no sentido de concretizar a sua atuação na perspectiva da vigilância e do cuidado integral à saúde. Nesse contexto, a

fisioterapia passou, sobretudo nas últimas décadas, por uma espécie de redimensionamento de suas práticas, a fim de ajustar-se a um novo cenário, desconstruindo paradigmas e inserindo-se em um contexto de alta complexidade e baixa densidade, local onde predominam as tecnologias leves, mas sem descuidar-se das ações de prevenção secundária e terciária, que sempre historicamente a caracterizaram.^{2,3}

A fisioterapia no Brasil é, ao menos oficialmente, uma profissão ainda jovem com pouco mais de 40 anos, tendo sido elevada à categoria de profissão de nível superior em outubro de 1969. O Decreto-Lei nº. 938 traz em seu art. 3º, que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.”⁴ Surgiu no Brasil, sobretudo com a finalidade de recuperar fisicamente as pessoas com sequelas advindas das guerras, de acidentes de trabalho e da poliomielite.⁵

Considerando a Lei nº 6.316, o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia iniciou-se em 1975, ano em que foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Mais recentemente, a Resolução do COFFITO nº 363, de 20 de maio de 2009 “Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional”.

Trata-se de um reconhecimento oficial da instância máxima da Fisioterapia no país, reconhecendo, estimulando e ratificando o lugar da APS como, também, o lugar da Fisioterapia. A normatização do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir da década de 90 e a inserção laboral da fisioterapia no contexto da APS foi, aos poucos, sendo formalmente institucionalizada.⁶

A fisioterapia coletiva está inserida no âmbito da APS e, dessa forma, a sua atuação deve seguir os pressupostos norteadores do SUS, através em seus princípios doutrinários e organizativos, além de estar contextualizada às formas de produção de saúde e de cuidado que caracterizam esse nível de atenção. A APS é encarada como a porta de entrada ao sistema de saúde, tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo que reorienta e reorganiza suas práticas. Com o intuito de garantir a integralidade do cuidado ao nível da APS e ampliar o fazer das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.^{2,3,7}

A Fisioterapia faz parte do conjunto de categorias profissionais que integram o NASF e que atuam junto às equipes de Saúde da Família, buscando garantir a longitudinalidade e a integralidade do cuidado ofertado ao

usuário e à coletividade em suas demandas, através de um olhar ampliado acerca das questões de saúde. A metodologia de trabalho da equipe de referência busca compreender e identificar as necessidades da população. Entretanto, no que se refere ao perfil epidemiológico, às possibilidades e riscos sociais, também intervêm nas políticas educacionais, na prevenção de riscos, na promoção de saúde, bem como na reabilitação.^{2,3,8}

Este estudo busca analisar as potencialidades e os desafios para a atuação da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, reconhecendo que esta profissão, por meio de seu saber específico, pode contribuir para a oferta de um cuidado integral à saúde em todos os níveis de atenção. Justifica-se pela necessidade de ampliar as reflexões sobre o fazer da fisioterapia na APS, fortalecendo suas possibilidades de atuação em outras perspectivas, para além daquelas construídas e postas historicamente.

Métodos

Trata-se de uma análise documental na qual a busca de artigos incluiu pesquisas em bases eletrônicas, além da busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas, artigos e documentos públicos. As bases eletrônicas pesquisadas foram LILACS

(Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), e literatura internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Na base MEDLINE foram utilizadas palavras-chave em inglês. Nas bases LILACS e SciELO foram utilizadas palavras-chave em português, inglês. Palavras-chave: Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Fisioterapia. Keywords: public health, primary health care, family health strategy, health education, physiotherapy. O período de busca foi entre fevereiro e maio de 2016. Foram selecionados artigos que contemplassem a compreensão da questão norteadora estabelecida e que atendessem ao critério de abordar a atuação da fisioterapia na atenção primária, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

Todas as fontes selecionadas passaram pelas fases de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, de forma a dar sentido lógico e coerente ao conteúdo apresentado. Através da leitura do título e resumo de cada artigo, foi possível verificar se havia relação do estudo com a pergunta de investigação e, dessa forma, selecionar os artigos que seriam incluídos como fonte para esta pesquisa. Foram encontrados 29 artigos, utilizados 17, e excluídos 12 por não contribuir com a hipótese levantada pela pesquisa. Os critérios de exclusão foram, artigos que não

contextualizasse a realidade da Saúde Pública do Brasil.

Desenvolvimento

Compreendendo a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações que demanda uma intervenção ampliada em diversos aspectos, com o objetivo de ofertar cuidado, seja num contexto individual ou coletivo e buscando alcançar impactos positivos na qualidade de vida da população. Sua abrangência tem o foco voltado para a promoção, a proteção da saúde, prevenção de agravos, mas também, realiza ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, a fim de se obter a resolutividade das demandas de saúde das pessoas, por meio de um cuidado integral. As chamadas tecnologias leves devem permear todo o processo de trabalho das equipes e auxiliam na observação de critérios de risco e vulnerabilidade de cada território.^{2,3,8,9}

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário, e a ordenação as ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede de regionalizada e hierarquizada.”¹⁰ A APS, enquanto nível de atenção e porta de entrada desse complexo sistema de saúde se

baseia nos fundamentos e pressupostos norteadores do SUS. Territorialidade, descentralização e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais precisam estar em consonância com a equidade de acesso ao cuidado, qualidade e resolutividade, construção de vínculos positivos e corresponsabilização do usuário pela atenção de suas demandas de saúde, estabelecendo relações de afetividade e confiança entre os usuários e a equipe.^{5,11}

A Constituição Federal (CF) de 1988, por meio do seu artigo 169 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1948 já entendia a saúde como um conjunto de fatores que implicam no bem-estar físico, mental e social, desconstruindo a concepção de saúde tão somente como a ausência de doença. Necessária a compreensão de que o sistema de saúde brasileiro com as características que tem hoje, é resultado de lutas e conquistas que foram empreendidas através de um processo de Reforma Sanitária, ainda em curso. O entendimento do conceito ampliado de saúde, que emergiu da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, inclui uma série de aspectos para além da saúde física, orgânica, mas entende a saúde dentro de um contexto que envolve aspectos como trabalho, lazer, educação.¹²

A partir de então, conquistas foram alcançadas, em busca de um sistema de saúde mais digno, igualitário e democrático. A Reforma Sanitária Brasileira teve seu início ainda na década de 70 e se intensificou durante o processo de redemocratização do país, após a queda da ditadura militar e ao longo da década de 80. Em 1987 surge o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) e, em 1990 é implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis nº 8.080, de 19/09/90 e nº 8.142 de 28/12/90. Em se falando de Atenção Básica no Brasil, esta deve ser operacionalizada com alto grau de descentralização, sendo a porta preferencial de entrada dos usuários no SUS. Dessa forma, a Atenção Básica à Saúde deve atender aos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.^{10, 13}

A história da Saúde da Família teve início em 1991, ano em que o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de transformar a “Atenção Primária à Saúde, tendo como princípios a territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade.”⁶ Este programa foi elaborado com o objetivo de

organizar a APS. O então Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994, como modelo que se propõem reorganizador e reorientador das ações e práticas de saúde ao nível da atenção primária à saúde.^{1,2,3,14}

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como é conhecida atualmente deve, portanto, nortear suas práticas pelos princípios do SUS, o que inclui a integralidade do cuidado neste nível de atenção. Sendo assim, embora exista maior foco nas ações de vigilância, na promoção da saúde e prevenção de agravos, abrange também as ações voltadas para o tratamento e reabilitação das pessoas. Justamente para ampliar o escopo de ações e contemplar esse cuidado integral no âmbito da APS, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, inserindo nestes outras profissões de saúde, além daquelas que compõem tradicionalmente as equipes de referência de saúde da família.^{2,3,14}

A partir da década de 90 as instituições ligadas à fisioterapia passaram a estimular cada vez mais a inserção do fisioterapeuta na APS. A fisioterapia vem ganhando espaço, desenvolvendo papel importante no cuidado a saúde da população e atuando de forma expressiva em todos os níveis de atenção. No entanto, diferentemente do já consolidado papel nos níveis de prevenção secundária e

terciária, a atuação da fisioterapia na atenção primária encontra-se em processo de construção em virtude dos desafios postos, sendo desdobramento, dentre outros motivos, do estigma que acompanha a profissão, ainda vista por grande parte da sociedade como um profissional da reabilitação.^{2,14}

Importante e necessário, portanto, desconstruir a visão deste profissional enquanto “reabilitador” apenas e consolidar-se como uma profissão de relevância e com possibilidades reais de atuar em consonância com o modelo de atenção vigente, seja na perspectiva da vigilância em saúde, através das ações de educação, promoção da saúde prevenção de agravos, mas que também trata e reabilita quando necessário, garantindo e contribuindo efetivamente para um cuidado integral. Há mais de uma década a fisioterapia vem sendo inserida na APS por meio de suas práticas junto às equipes de Saúde da Família (EqSF).^{1,14}

A atuação da Fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde

A fisioterapia surgiu no Brasil no final do século XX com o primeiro curso técnico vinculado à Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. Neste momento, o intuito da profissão era, sobretudo, de reabilitar pessoas com sequelas de traumas decorrentes da II Guerra Mundial e lesões musculoesqueléticas,

advindas da elevada incidência da poliomielite, bem como, do aumento de acidentes de trabalho.⁵ Mesmo com as alterações ocorridas no perfil epidemiológico da população e nas modificações empreendidas na organização do sistema de saúde do Brasil, a profissão seguiu atuando com forte cunho reabilitador ao longo do tempo. Nos anos de 1970 e 1980 houve a implantação de novos cursos, o que possibilitou uma evolução e consolidação gradativa da fisioterapia. Sua regulamentação enquanto profissão de nível superior ocorreu no ano de 1969, com o Decreto-Lei 938 em 16 de outubro, devido à sobrecarga epidemiológica e a deficiência do sistema assistencial brasileiro, que acarretou no agravamento das condições de saúde da população. Nesta fase de sua construção histórica como profissão da saúde, a fisioterapia atuava basicamente no nível da atenção terciária, imersa em um modelo biomédico.¹⁵

A Resolução COFFITO-10 (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) em 1978 publicou o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, inaugurando um processo de mudança no perfil profissional do fisioterapeuta e ampliando a atuação da fisioterapia para além da reabilitação. Devido a mudanças tecnológicas e no próprio modelo de atenção, além da implantação de políticas públicas de saúde, a

profissão passou por transformações significativas ao longo das décadas, ampliando suas possibilidades reais de intervir junto à saúde da população.¹⁶

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 que trata da criação do SUS traz em sua essência o objetivo de assegurar o direito de todo cidadão a assistência à saúde e foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. Em 2012, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo entendimento é de que as ações no nível da APS devem ser desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização, tornando-se o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde. Esta Política se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social. O novo cenário posto trouxe possibilidades, mas também desafios, tornando necessária a quebras de paradigmas, na busca pelo fortalecimento do diálogo entre fisioterapia e o lugar da integralidade do cuidado.^{1, 2, 11}

Com a criação dos NASF em 2008, várias categorias profissionais da saúde foram, oficialmente, incluídas na APS. Importante ressaltar que o NASF não deve ser considerado como porta de entrada do sistema aos usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da

Família (eSF). É constituído por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de SF, contribuindo para a resolutividade das demandas e para a efetivação da integralidade. Esses núcleos atuam na perspectiva do chamado apoio matricial, para um determinado número de equipe de referência de saúde da família, a depender da configuração do NASF, por meio de ferramentas e modos de operar que caracterizam seus processos de trabalho. Essas ferramentas tecnológicas do NASF incluem a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde do Território (PST) que, enquanto tecnologias leves, contribuem para orientar e dar efetividade às suas ações.^{1,2}

A Clínica Ampliada auxilia o NASF a contribuir para a integralidade do cuidado, bem como, na análise de intervenções de problemas, tanto em termos clínicos, quanto sanitários. Não é tarefa simples atuar numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Pressupõe o compromisso e a disposição para construir um diálogo entre saberes diversos em torno de um mesmo caso ou situação individual ou coletivo. Trata-se de uma ferramenta que possibilita ao profissional de saúde ajustar os recortes de cada profissão às necessidades apresentadas pelos usuários na sua prática

clínica. Ela almeja construir uma assistência voltada para diversos aspectos de maneira conjunta e não fragmentada, com uma compressão ampliada da concepção de saúde-doença, construção compartilhadas dos processos terapêuticos, ampliação do “objeto de trabalho”, transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, bem como o suporte para os profissionais de saúde.^{1,2,17}

E é neste contexto que se insere o fisioterapeuta na APS. Ao atuar enquanto “apoio matricial”, o NASF é formado por um conjunto de profissionais, que apresentam as dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico. As categorias profissionais que podem compor o NASF incluem psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional. Um dos maiores desafios para o fisioterapeuta nesse cenário é, antes de tudo, desconstruir junto à população e à própria equipe de saúde, a visão equivocada que ainda persiste acerca do seu fazer, das suas práticas, seus objetos de trabalho e as possibilidades no cenário da APS. Existe uma expectativa de que o fisioterapeuta vá, ao atuar na atenção primária, meramente reproduzir seu papel de reabilitador que o acompanha e estigmatiza, contribuindo para um olhar limitado e restrito sobre as possibilidades de atuação da profissão.^{2,16,17}

A Portaria que cria o NASF faz referência a diversas e importantes políticas públicas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Saúde da Criança, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Política Nacional da Pessoa Idosa, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, além da Política Nacional de Assistência Social. É nesse cenário complexo e que pressupõe a construção e apreensão de conteúdos que dialogam com outras áreas para além dos conhecimentos puramente técnicos que está inserido o fisioterapeuta que atua na APS.¹

Existe uma necessidade premente por parte da fisioterapia por conquista de espaço quando se trata de sua atuação na APS, no sentido de se estreitar vínculos e fortalecer o diálogo entre a Fisioterapia e a Saúde Coletiva, ampliando seu escopo de ações e contribuindo efetivamente para o incremento dos níveis de saúde da população, ofertando seu saber específico em prol de um indivíduo ou de uma coletividade. A fisioterapia coletiva pressupõe

uma atuação no controle de danos e riscos, sem, no entanto, haver prejuízo nas ações de prevenção terciária, na medida em que o profissional estará no nível de atenção primária, mas inserido num contexto que demanda a construção de uma visão ampliada em saúde e que busca a resolutividade e a integralidade do cuidado ofertado.^{2,8,14,16}

Este estudo traz como limitação, referências com pouca relevância no rigor científico, e publicações que ainda não foram indexadas. Ao tempo em que pretende contribuir para as reflexões acerca do tema, propõe que novos estudos sejam realizados a fim de que se possa aprofundar o debate em torno das questões acerca da atuação do fisioterapeuta na APS, fortalecendo a sua inserção nesse nível de atenção à saúde e, portanto, ampliando seu escopo de ação.

Considerações finais

Este estudo buscou trazer para o centro do debate as potencialidades e desafios para a atuação da fisioterapia no âmbito da APS. Dentre os principais desafios identificados estão a atuação junto às práticas de vigilância, a construção de um olhar crítico e reflexivo acerca da APS e do seu papel neste nível de atenção, a implantação de projetos voltados para educação e promoção em saúde, na prevenção de riscos e agravos, pensando no

indivíduo e na coletividade, para além das ações de reabilitação.

Quanto às potencialidades, estas dialogam com um número de possibilidades, no sentido de poder atuar tanto no controle de danos quanto de riscos, sem prejuízo para as ações de prevenção terciária, na identificação de riscos epidemiológicos presentes na população de forma a intervir precocemente, na oferta de cuidados em saúde considerando os princípios do SUS, na construção de vínculos positivos com os usuários e suas famílias, conhecendo suas redes de apoio e podendo contribuir de forma efetiva para a resolutividade das demandas surgidas, na perspectiva da integralidade e visando melhorar os níveis de saúde da população. Ao estar inserido num determinado cenário comunitário, familiar ou individual, as chances de sucesso são potencializadas, construindo propostas e ações de saúde de forma contextualizada, considerando que as pessoas estão imersas em uma realidade que extrapolam os aspectos meramente clínicos.

Observa-se que a atuação da fisioterapia é fundamental na Saúde Coletiva, não devendo estar limitada apenas às ações de caráter reabilitador que ainda estigmatizam a profissão. Ao contrário, suas potencialidades transcendem para outros níveis de atenção à saúde, como, secundário e terciário. Faz-se necessário criar estratégias que fortaleçam e consolidem o papel do fisioterapeuta na atenção primária, desconstruindo junto à sociedade e às demais categorias profissionais da saúde, a visão de que fisioterapia é sinônimo de reabilitação. A fisioterapia é, também, reabilitação. No entanto, ao buscar estabelecer um diálogo próximo com a integralidade, enquanto um dos mais importantes princípios doutrinários do SUS, a fisioterapia ratifica e defende que o seu saber específico e as suas práticas na oferta de cuidado podem e devem permear todos os níveis de atenção, contribuindo efetivamente para uma sociedade mais saudável e para um incremento real na qualidade de vida das pessoas.

Referências

1. [Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva : desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; \(15\):1627–1636.](#)
2. [Ministério da Saúde \(Brasil\). Diretrizes do NASF. Cadernos de Atenção Básica, 27. Brasília; 2009. 160p.](#)
3. [Ministério da Saúde \(Brasil\). Política Nacional de Atenção Básica PNAB. Legislação em Saúde. Brasília; 2012. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>](#)
4. Decreto lei n. 938, de 13 de outubro de 1969 (Brasil). Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. [Internet] Diário Oficial da União 1969 14 out; [Citado em 22 maio 2016] Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3317>

5. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro [Internet]. 2009 jul./set. [citado em 22 maio 2016]; 16(3):655–668. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>
6. Resolução COFFITO nº. 363, de 20 de maio de 2009. *Diário Oficial da União* (Internet). 2009 jun 16 [citado em 22 maio 2016];(112, Seção 1):42. Disponível em: [http:// http://coffito.gov.br/nsite/?p=3126](http://http://coffito.gov.br/nsite/?p=3126)
7. Souza MC, Bomfim AS, Souza, JN, Batista TF. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mundo Saúde*. 2013; 37(2):176–184.
8. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*. 2010; 23(0103-5150):323–330. <http://doi.org/10.1590/S0103-51502010000200015>.
9. Langoni CS, Valmorbida LA, Resend TL. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2012; 25(3):261–270.
10. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil). [Internet] [Citado em 22 maio 2016]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_d_e_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES.
11. Barros JDO, Gonçalves RMDA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2847–2856. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>
12. Rezende M, Moreira RM, Filho AA, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1403–1410. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800013>.
13. Biana VDL, Teixeira GM, Silva, CVL, Farias EP, Silva MV. Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas. *J Health Sci Inst*. 2014; 32(2):211–218.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [Internet]. 2008 [Citado em 22 maio 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
15. Filho, AVD, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-Al, Brasil. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2012; 25(4):397–404.
16. Seriano KN, Muniz VRDC, Carvalho MEIM De. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter e Pesqui*. 2013;20(3):250–255.
17. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter Mov*. 2006;19(11):55–62.

ARTIGO ORIGINAL

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE DIANTE DA MORTE, LUTO E PERDAS DE SEUS PACIENTES

The contributions of Psychology by the health team in the face of death, mourning and loss of their patients

Camila Cristina Lescano Ortiz

Graduada do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados – FAD e Pós-Graduada do curso de Saúde Coletiva da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.
E-mail: camilaalescano@hotmail.com

Elenita Sureke Abilio

Docente da Faculdade Anhanguera de Dourados, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde,

Resumo

A morte desencadeia diversas reações e resistência para ser discutida. Há um processo de negação que envolve as várias formas de enfrenta-la. O ser humano não está preparado para lidar com tal acontecimento, pois há um estigma social que permeia a sua conceituação. Quando se trata de uma equipe de saúde que lida diariamente com este fato, acaba gerando sentimentos ambivalentes, prejudicando e interferindo em questões emocionais importantes. O tema foi escolhido por envolver o sofrimento psíquico e o adoecimento da equipe de saúde, o que desperta o interesse dos autores, já que estes trabalham com a promoção da saúde do outro e prejudicam a sua própria. Tendo como objetivo pesquisar sobre as contribuições da atuação do Psicólogo Hospitalar no suporte a equipe de saúde frente às situações de morte, visando contribuir e promover situações que possam auxiliar o profissional na elaboração do processo de luto,

Mestrado Profissional - PPGES e Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde - GEPES/Unidade Universitária de Dourados.

E-mail: elenita.sureke@aedu.com

Fernando Augusto Gomes Sobreira

Graduado do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados.

E-mail: fernandosobreira@hotmail.com

propiciando a continências das emoções que são suscitadas na equipe de saúde, através dos grupos Balint e de reflexão. O Psicólogo Hospitalar deve promover espaços dialógicos onde os profissionais de saúde possam refletir sobre suas próprias emoções e sentimentos proporcionando uma relação mais humana entre médico/paciente, familiar/paciente, familiar e equipe de saúde e suscitar outras discussões conceituais de temas como saúde, doença, morte, morrer, luto e perdas.

Palavras-chave: Psicologia; Morte; Luto.

Abstract

Death triggers different reactions and resistance to be discussed. There is a process of denial that involves various shapes of faces it. The human being is not prepared to deal with such an event, because there is a social stigma that permeates its conceptualization. When it comes to a health team that deals daily with important emotional issues. The theme was chosen by involving the psychic suffering and illness health team, which arouses the interest

of authors, as they work with other health promotion and harm their own. Aiming to search about the contributions the Hospital Psychologist in the health team support to situations of death, to contribute and promote situations that can assist the professional in the drafting of the grieving process, providing the salutes of emotions that are raised in the health team, via Balint groups and think tanks. The Hospital Psychologist should promote dialogic spaces where health professionals can reflect on their own emotions and feelings by providing a human relationship between doctor/patient, patient/family, family and health team and raise other conceptual discussions of topics such as health, illness, death, dying, grief and loss.

Keyword: Psychology; Death; Mourning.

Introdução

Segundo Kastenbaum e Aisenberg,¹ em décadas passadas a morte era vista com outros olhos, não era vista como algo tenebroso, punição ou fracasso, os egípcios da antiguidade, possuíam um sistema que objetivava ensinar cada indivíduo a refletir, sentir e agir em relação a morte. Segundo Ariès² a morte de um homem, fazia com que toda a comunidade participasse dos ritos de despedida, fechavam-se as venezianas do quarto do agonizante, acendiam-se as velas, punha-se água benta, a casa enchia-se de vizinhos, de parentes e amigos.

A morte acontecia em casa, cercada por parentes, os familiares reuniam-se em volta do leito do moribundo para ouvir as suas últimas palavras, funcionava como um momento de despedida, o velório também acontecia dentro

da casa, onde parentes preparavam comidas típicas para receber os conhecidos que participavam do enterro, o momento seguia de cânticos e orações especiais.

A chegada do século XX é marcada por avanços tecnológicos na medicina, proporcionando o aumento na expectativa de vida e a possibilidade de cura para todas as doenças, trazendo a tona, meios para prolongar a vida e atrasar o envelhecimento, em função de todo este avanço, o local da morte deixa de ser em casa para ocorrer dentro do hospital.³

Quanto mais às tecnologias aplicadas a medicina se desenvolvem, mais a equipe de saúde se distancia da morte, o que acaba colaborando para o surgimento de variados mecanismos de defesa do ego, que podem ser utilizados para neutralizar ou minimizar as angustias, medos e ansiedades do indivíduo. Segundo Lima,⁴ quando o profissional da saúde, opta por adotar a negação como ferramenta de defesa, ele acaba perdendo a oportunidade de melhorar suas formas de concepções sobre a morte e o morrer.

De acordo com Oliveira e Anchieta,⁵ durante a convivência com o paciente em processo de morte, a equipe de saúde acaba criando uma relação com este indivíduo favorecendo assim a criação de um vínculo afetivo, quando este paciente vai a óbito é comum que se instale, nesses profissionais, o

sentimento de perda e quando o vivenciamos, a culpa e a onipotência são inevitáveis, pois a morte é um processo doloroso que exige do profissional uma maior tolerância à frustração, mas também o entendimento dos próprios sentimentos frente a essa situação.

Os sentimentos decorrentes da perda precisam ser contestados por outra pessoa, a ajuda profissional do psicólogo é vista como conveniente nesses casos, uma vez que a psicologia hospitalar está saindo do paradigma de dar suporte e assistência apenas aos pacientes e familiares.

Neste estudo objetivou-se compreender como as equipes de saúde vivenciam o processo de morte e morrer de seus pacientes, e quais os meios de intervenção do Psicólogo Hospitalar diante deste cenário. O estudo se faz relevante, pois é necessário que haja uma quebra na desmistificação acerca do tema morte, tornando-a assim mais compreensível, proporcionando um espaço de entendimento e reflexão propiciando a capacidade para lidar com os sentimentos oriundos da morte.

Métodos

O método utilizado para a realização desta pesquisa deu-se através de uma revisão bibliográfica acerca do tema morte, os sentimentos e mecanismos de defesa dos

profissionais da saúde decorrentes da perda de seus pacientes e a atuação do psicólogo frente a essas questões. Foram utilizados artigos disponíveis em meios eletrônicos publicados entre 2003 e 2011. Foram selecionadas nove publicações que correspondiam aos objetivos da pesquisa. Também foram utilizados livros de autores reconhecidos na temática estudada.

Resultados e discussões

Para Kübler-Ross⁶ o morrer é tão natural quanto o nascer, porém enquanto o nascimento é motivo de alegria e comemoração, a morte é enfrentada com dor e sofrimento, passando a ser um assunto evitado de todas as maneiras na sociedade moderna. Fischer et al.,⁷ ressalta que a diferença entre as pessoas em geral e os profissionais da área de saúde é que estes convivem quase que diariamente com a morte. Desta forma é inevitável que os profissionais da saúde sejam assolados por sentimentos ambivalentes de onipotência e impotência, para suportar essa situação muitas vezes se refugiam em suas defesas.⁸

De acordo com Medeiros e Lustosa⁹ a equipe de saúde sofre constantemente com o sentimento de fracasso e impotência diante da morte dos pacientes que estão sob seus cuidados. Ao acompanharem um paciente com diagnóstico terminal a equipe sofre um grande

desgaste físico e emocional, pois acompanham uma doença evolutiva e sabem que o desfecho disso tudo é a morte.

De acordo com Alves¹⁰ criou-se um mito nos dias atuais de que o bom profissional não pode demonstrar seus sentimentos, medos e angústias em relação aos seus pacientes. Diante de tal postura fria e metodicamente técnica e profissional, não há espaço para expressar o seu real sentimento.

Segundo Baggio,¹¹ os mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais de saúde fazem com que eles deixem de perceber a dor do outro, ou seja, deixem de perceber as limitações e angústias dos pacientes, o que acaba comprometendo a prestação de assistência.

O convívio com a dor e a perda traz ao profissional a vivência de seus processos internos, trazendo à tona a sua fragilidade, medos e vulnerabilidade. A equipe de enfermagem é a que está mais suscetível a sofrer pela perda de pacientes com prognóstico de morte. Por passarem mais tempo com eles acabam estabelecendo um vínculo maior. O sofrimento da equipe de enfermagem se mascara pelo cumprimento de rotinas, a morte é uma evidência do nosso limite da nossa mortalidade, da nossa condição humana.¹²

Kovács¹³ salienta que além de lidar com o paciente terminal a equipe de

enfermagem também acompanha as ansiedades e o desespero da família deste paciente, o que acaba provocando uma maior sobrecarga. Ainda ao fato de que cabe a equipe de enfermagem executar o processo técnico após a morte, além de comunicar a supervisão da morte ocorrida.

É certo de que os profissionais de saúde utilizam-se de vários mecanismos de defesa, que tem como finalidade o controle das emoções, com o intuito de atenuar a ansiedade e viabilizar a assistência. Pitta¹⁴ destaca alguns mecanismos de defesas utilizados pelos profissionais da saúde, sendo a fragmentação da relação técnico-paciente uma relação na qual o profissional evita um contato muito próximo ao ser cuidado como meio de se defender da própria dor e sofrimento diante de situações críticas, pois o não envolvimento afetivo nessa relação evita o sofrimento com a dor ou a perda do outro.

De acordo com Gambatto et al.¹⁵ os profissionais da saúde têm a tendência de adotar muitas vezes, inconscientemente mecanismos de defesa, como: negação da situação, distanciamento, manutenções de relações superficiais com os doentes, instituição de rotinas e protocolos, argumentando falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar junto dos doentes.

Na perspectiva de Coelho,¹⁶ um dos mecanismos de defesa mais utilizados pelos profissionais da área da saúde é a negação, conseqüentemente esse profissional passa a estar sempre evitando o assunto “morte”, pois enxergam e percebem o processo de morrer como sendo uma tarefa difícil, então, preferem evitar ou negar a situação de assistir o paciente em processo morrer, pois causa muito sofrimento ao profissional, a negação dificulta a aceitação da perda do paciente, pois o fato de estar sempre evitando o assunto não dará a oportunidade de enfrentar os seus medos e receios.

Neste contexto o psicólogo hospitalar pode ajudar a conter os sentimentos da equipe que lida com a morte, promovendo “encontros de equipe” (*staff meetings*), onde há espaço para os profissionais poderem falar e trocar suas experiências.

Segundo Costa et al.¹⁷ o psicólogo tem por objetivo estimular a equipe a perceber e falar sobre suas dificuldades, facilitando assim uma melhor elaboração de seus medos e angústias, permitindo que a equipe de saúde tenha uma expressão livre de seus sentimentos.

O Psicólogo Hospitalar pode trabalhar com espaços de diálogos em que o profissional da saúde possa refletir sobre suas próprias emoções e sentimentos proporcionando uma relação mais humana entre profissional de

saúde e paciente, onde este possa enxergar-lo como “pessoa” e não apenas como “doença”.¹⁸ Ainda há a possibilidade de se trabalhar com os grupos *Balint* onde os participantes podem relatar casos clínicos sem recorrer a nenhuma anotação, em associação livre de palavras.¹⁹

Vale ressaltar que os profissionais da saúde não são preparados para lidar com a morte, uma falha que vem desde a sua formação, onde não são ministradas aulas a respeito desta temática, o que acaba colocando no mercado de trabalho, profissionais preparados apenas tecnicamente e despreparados psiquicamente.²⁰

Em algumas de suas obras Kübler-Ross⁶ e Kovács,¹³ apontam a importância de ser incluída nos currículos dos cursos de saúde a temática sobre a morte e a humanização dos atendimentos ao paciente terminal, fazendo com que os profissionais possuam uma preparação especial e não saibam apenas sobre questões científicas, mas que possam enxergar todos os pacientes de forma igual, tratando-os com respeito e dignidade.

Aliviar o sofrimento ou ajudar uma pessoa a morrer é um dos ofícios mais difíceis para o profissional de saúde. Não poder curar não significa fracasso, mas sim um reconhecimento dos próprios limites da técnica.²¹

É necessário investir em uma formação continuada, em criação de grupos de apoio aos profissionais da saúde para favorecer as despedidas, prepará-los para o processo de separação, comunicação e suporte, estimulando assim os participantes a falar sobre os problemas, as dificuldades e angústias que surgem no cuidado de clientes terminais, suas famílias e seus sentimentos.²²

Considerações finais

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou a compreensão de como o profissional da área da saúde lida e vivencia a morte, podendo identificar quais os mecanismos de defesas são utilizados por eles que podem colaborar ou não para um melhor enfrentamento. Foi possível analisar que o psicólogo inserido no contexto hospitalar tem o seu papel pautado na intermediação entre o diálogo do paciente-família-equipe, porém seu trabalho vem se ampliando e abrangendo o suporte a equipe de saúde que passa por situações de perda de um paciente.

Percebe-se que os conteúdos/assuntos relacionados a morte, vem ganhando espaço no campo de discussão científica, isso tornou-se possível a partir da (re)humanização da morte, onde torna-se necessário que os profissionais reavaliem sua prática e passem a cuidar da

pessoa e não apenas da doença. Para que isso venha a se tornar possível, a diversos trabalhos no campo teórico que abordam a questão do manejo das situações de perda.

É necessário que os profissionais da saúde recebam um acompanhamento psicológico, sejam eles em grupo ou individuais, para que possam refletir e analisar as questões que são pertinentes a perda e a morte, possibilitando a oportunidade de trabalhar suas angústias e as emoções advindas dos vínculos que são estabelecidos com os pacientes e familiares.

A temática sobre a morte e o morrer trata de uma pauta inesgotável, existindo diversos trabalhos a respeito das dificuldades de enfrentamento, trazendo uma grande contribuição para o meio acadêmico da área da saúde. Deste modo, fica evidente a importância da Educação Permanente, para que os profissionais passem a enxergar o indivíduo de maneira global e não fiquem estagnados somente ao cuidado técnico, estabelecendo um cuidado mais humanizado, para que estejam cada vez mais aptos para lidar com situações de perdas, com a sensibilidade em situações de morte, com o manejo da dor e do sofrimento e os conflitos decorrentes das situações de tensão, tipicamente vivenciados nesse momento.

Referências

1. Kastenbaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1983.
2. Ariès P. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
3. Esslinger I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? um estudo acerca do morrer com dignidade [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. [Citado 15 jul 2016]. Disponível em: <http://bvs.fapesp.br/pt/publicacao/5914/o-paciente-a-equipe-de-saude-e-o-cuidador-de-quem-e-a-vida-a/>
4. Lima G. Contribuições da tanatologia no processo de morrer. Rev. Psicologia de IMED [Internet]. 2009 [citado 13 maio 2015];1(2):220-230. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/31>.
5. Oliveira MLA, Anchieta VLP. Manifestações psíquicas dos estudantes em conclusão do curso de medicina diante da perda do primeiro paciente. Psicópio: Rev. Virtual de Psicologia Hosp. Saúde [Internet] 2006. [citado em 01 nov 2015]; 2(3). Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/313310134/psicopio3>.
6. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
7. Fischer JMK. [et al]. Manual de tanatologia. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado; 2007.
8. Camon VAA, Trucharte FAR et al. Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2,ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning; 2010.
9. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. Rev. SBPH [Internet] 2011. [citado em 05 maio 2015]; 14(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>.
10. Alves CFO. Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/ profissionais de saúde mental. [dissertação] [Internet] Recife: Universidade Católica de Pernambuco; 2005. [Citado 05 jul 2015]. Disponível em: http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=61.
11. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enf [Internet]. 2006 [Citado 07 nov 2015]; 8(1):9-16. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm.
12. Brêtas JR. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [Citado 20 mar 2015]; 40(4):477-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400005&script=sci_arttext.
13. Kovács MJ. Educação para morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP; 2003.
14. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ed. São Paulo; 1994.
15. Gambatto R, Carli FC, Guarienti RF, Silva ALP, Prado AB. Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. [Internet]. Psicol Am Lat 2006 maio [Citado 07 nov 2015];(6). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005.
16. Coelho KAC. A participação dos profissionais de saúde no processo de morte em pacientes hospitalizados: um estudo dos relatos de experiência na produção científica nacional. [Internet] [Trabalho de Conclusão de Curso] Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais/FACICA; 2008. [Citado 07 nov 2015] Disponível em: <http://bibliotecavirtual.facica.com.br/documentos/2/49.pdf>.
17. Costa VASF et al. Cartografia de uma ação em saúde: o papel do psicólogo hospitalar. Rev. SBPH [Internet]. 2009 [Citado 10 maio 2015]; 12(1):113-134. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000100009&script=sci_arttext.
18. Mosimann, LTNQ, Lustosa MA. Rev. A Psicologia hospitalar e o hospital. Rev. SBPH [Internet]. 2011 Jan/Jun [Citado 07 nov 2015];14(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a12.pdf>.
19. Brandt JA. Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. Rev SPAGESP. 2009; 10(1):48-55. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v10n1/v10n1a07.pdf>. Acesso em: 07 de novembro 2015.
20. Ferreira SMS. As atitudes do enfermeiro diante da morte. [Monografia Bacharelado em Enfermagem]. Aracaju: Departamento de Enfermagem e Nutrição. Universidade Federal de Sergipe; 2002.

²¹. Mercês NNA. O significado da morte para acadêmicos de enfermagem. [Internet] Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2005 nov 7; Goiânia. [Citado 05 maio 2015] Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/2024.htm>>.

²². Silva PC et al. Contribuição dos grupos balint na relação médico-paciente: um relato de experiência. [Internet] 2013. [Citado 03 nov 2015] Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/264>.

ARTIGO ORIGINAL

ENTRE AS VIOLÊNCIAS, O MEDO E O PROTAGONISMO SOCIAL: VIVÊNCIAS EM UM DISTRITO DE SAÚDE, PORTO ALEGRE, 2016

Among violence, fear and social protagonism: experiences in a health district, Porto Alegre, 2016

Evirlede de Souza da Fonseca

Bacharel em Saúde Coletiva. Atualmente mestranda no PPG em Saúde Coletiva (PPGCOL) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
E-mail: evithd@gmail.com

Resumo

Atualmente, é notória a problemática latente do fenômeno da violência em Porto Alegre e no Brasil, o que nos instiga a compreender e apreender mais sobre este fenômeno. Objetivo desta pesquisa é descrever como a violência estrutural e suas possíveis consequências estão sendo percebidas pelos diferentes atores (ensino, serviço e comunidade), que atuam ou vivem em uma das regiões de saúde de Porto Alegre. Apresenta-se a perspectiva de relato de experiência, baseada em intervenções individuais, grupais e comunitárias, dentre as quais se destacam visitas à comunidade, seminários com equipes de serviços e alunos, observação participante e análise de relatos verbais e de mídias. O material empírico foi analisado de acordo com quatro grandes categorias ou temas: o medo, a articulação frente à violência, a estigmatização da violência e o protagonismo dos atores em relação às manifestações da comunidade, do serviço e do ensino sobre a violência. Como resultados constatou-se que o medo tem se tornado um sentimento forte entre os diversos atores no território e esse sentimento produz estigmatização, ao mesmo tempo em que

Stela Nazareth Meneghel

Docente e pesquisadora do Bacharelado Saúde Coletiva e do PPG em Saúde Coletiva, (PPGCOL) e PPG Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail: stelameneghel@gmail.com

interfere na articulação de redes e no protagonismo social, porém considerar o medo como o elemento central na compreensão da violência pode ser o caminho para conclusões equivocadas. Conclui-se que a violência estrutural origina-se de um contexto histórico, social e político e precisa ser entendida em sua gênese e determinantes pelos atores que vivem, estudam ou trabalham no território.

Palavras-chave: Violência estrutural; Determinantes sociais; Território de violência; Violência; Política de Saúde; Saúde Pública.

Abstract

Currently, the phenomenon of violence consists of a latent and notorious problem in the Brazilian city of Porto Alegre, which instigate us to understand and learn more about it. Thus, this study aims to describe how the structural violence and its possible consequences are perceived by different actors (academicians, health professionals and community), which act or live in one of the administrative health regions of Porto Alegre. Thus, is presented an experience report, based on individual interventions, in groups and community, among which we highlight community visits,

seminars with health professionals and student teams, by participant observation, analysis of verbal reports and other medias. The empirical material was analyzed according four main categories or themes: fear, the articulation facing violence, stigmatization of violence and the role of actors in respect of manifestations of the community, health professionals and academicians about violence. The results show that fear has become a strong feeling among the various actors in the territory and this feeling produces stigmatization, while interfering in the articulation of networks and social involvement. But to consider fear as the central element in the understanding of violence might be the way to mistaken conclusions. It was concluded that structural violence emerges from a historical, social and political context and needs to be understood in its genesis and determinants by actors who live, study or work in the territory.

Keywords: Structural violence; Social determinants; Territory of violence; Violence; Health Policy; Public Health.

Introdução

O Brasil adentra o século e o milênio com mais um grave desafio de Saúde Pública: a violência.¹ Atualmente é notória a problemática do fenômeno da violência em Porto Alegre e no Brasil, o que nos instiga para a necessidade de compreender este fenômeno. Pode-se supor que por suas características complexas e multifacetadas, a violência resulta de múltiplas causas. Chauí² define a violência como determinada pela relação de forças entre as classes sociais, assim como entre as pessoas.

Encerrar a noção de violência numa definição fixa é expor-se a reduzi-la, a

compreender mal seus contornos e sua especificidade histórica. Para além das causas, a compreensão da violência também remete às suas tipologias.³ No que se refere às tipologias, destacam-se as violências interpessoais intrafamiliares (contra crianças, mulheres e idosos) e comunitárias (entre jovens, violência sexual, violência no espaço escolar). A esses agravos sobrepõem-se a violência estrutural que, segundo o Relatório da Organização Mundial da Saúde⁴ se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Esta violência é difícil de ser quantificada, aparentemente, sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura.

Os processos que envolvem a violência são com frequência, difíceis de ser identificados, ou mesmo relatados. No caso de alguns territórios, mesmo com alguns instrumentos de pesquisa, pode ser desafiadora a tarefa de resgatar informações e dados que tragam um verdadeiro panorama da violência estrutural experimentada pelas comunidades sob estudo. Dessa forma, emerge a necessidade de pesquisas e experiências apoiadas na interação direta do pesquisador

com a comunidade estudada. Um trabalho que abarque estes aspectos pode trazer grande contribuição para a compreensão e caracterização dos determinantes da violência estrutural no cotidiano destas comunidades. O presente estudo tem por objetivo descrever como a violência estrutural, e suas possíveis consequências estão sendo percebidas pelos diferentes atores (ensino, serviço e comunidade) que atuam ou vivem em uma das regiões de saúde do município de Porto Alegre, considerada das mais violentas da cidade.

Violência: conceito e contextualização

Contextualizando o fenômeno do crescimento da violência no Brasil, Minayo,³ diz que a noção de que somos um país pacífico é uma meia verdade. Na realidade, este mito procura ocultar toda história de violências, que começa com a própria chegada dos portugueses, e segue com a colonização, o genocídio dos indígenas, a escravidão e sucessivos episódios de insurreições, lutas, guerras, culminado com a ditadura militar, aproximadamente por duas décadas.

Recentemente, e mais precisamente a partir da década de 1970, o Brasil começa a perceber uma recorrência maior da violência no seu cotidiano. Um aspecto interessante neste fenômeno, segundo Mello,⁵ é que mais recentemente no Brasil a violência passa a ser

identificada e tratada como vinculada à classe social. Passa-se então a atribuir a um determinado grupo a propensão ao ato violento, sendo este grupo o mais vulnerável economicamente (principalmente, negros e moradores dos grandes cinturões de pobreza nas grandes metrópoles). Aqui emerge outra faceta interessante que pode ser discutida juntamente com a violência, o poder.

Arendt⁶ entende que poder e violência embora sejam fenômenos distintos, estão diretamente relacionados, e que a chave para a compreensão da violência é a forma como se concebe o poder. Violência surge como recurso ou alternativa para manter uma estrutura de poder. No contexto apontado por Mello,⁵ onde as classes menos favorecidas são as que mais sofrem a violência, fica clara a visão de poder indicada por Arendt,⁶ que apresenta a violência em sua forma instrumental onde poder e violência ocorrem de forma onipresente. Ela aponta que onde não há poder emerge a violência, sendo a premissa contrária também verdadeira. Dissertar sobre este tema, embora inicialmente possa parecer algo simples, pode ser uma tarefa árdua e complexa uma vez que, o termo violência dependendo da variável histórica carrega diferentes significados.

Proposta metodológica: caminhos vivenciados em campo

Este trabalho teve suas origens no ano de 2013 através do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET) no campo das vigilâncias e das violências ligado à Coordenadoria de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COORSAUDE/UFRGS).

Concomitante à participação da autora do presente trabalho no PET, foi delineada uma proposta de estágio curricular do Bacharelado em Saúde Coletiva no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) situado na Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GDGCC) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, objetivando aprofundar a discussão de como a violência estrutural e suas consequências estão sendo percebidas pelos atores e população que atuam ou vivem no local.

O presente trabalho se inscreve numa perspectiva de “relato de experiência”. Para a realização das observações em campo houve interação direta com os indivíduos que possuíam alguma vinculação com o território. Realizou-se observação participante, uma técnica que envolve o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos e

estabelecendo uma relação face a face com os observados.⁷

Essas interações foram feitas em diferentes ambientes e situações, destacando-se as visitas à comunidade, seminários com equipes de serviços e acadêmicos, observações de ações nos serviços e análise de relatos verbais ou registrados em mídias impressa ou digital. Durante o trabalho contou-se com a supervisão dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O período do estudo foi junho a dezembro de 2015 e o pressuposto foi atuar em ações de enfrentamento à violência no território onde está inserido a GDGCC.

Os registros das observações realizados no decorrer das vivências do PET e do estágio curricular obrigatório produziram os resultados apresentados neste trabalho. Estes registros foram agrupados em quatro categorias ou temas por meio dos quais foi possível expressar uma síntese das percepções da autora com relação às manifestações da comunidade, do serviço e do ensino sobre a violência no território. Esses critérios ou categorias analíticas emergiram como os mais significativos a partir das leituras e reflexões sobre o material empírico da pesquisa e vivências em campo e estão sumarizados na Figura 1.

Figura 1. Critérios de compilação.

Critério	Descrição
1. Externalização do medo	Considerou-se aqui como cada ator estudado expressa o medo que sente frente à violência no território.
2. Articulação frente à violência	Examinou-se como os diversos atores articulam-se/interagem frente a violência como, por exemplo, protegendo-se e buscando alternativas para maximizar sua segurança.
3. Estigmatização da violência	Verificou-se como cada ator percebe a vinculação (justa ou não) da violência ao território. Aqui entram, atribuições de que o território gera propensão à violência às pessoas que vivem nele gera.
4. Protagonismo	Examinou-se como cada um dos atores age efetivamente no sentido de contribuir para ações de minimização da violência.

As percepções colhidas a partir das experiências em campo

Antes de expor as manifestações dos atores – comunidade, serviços e ensino – frente à violência, cabe aqui uma breve descrição do local do estudo. Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais. Por sua vez, as Gerências Distritais (GD) estão vinculadas, na cidade de Porto Alegre, às oito regiões de saúde. Dentre esses 8 distritos, o Glória/Cruzeiro/Cristal foi aquele no qual realizou-se a produção de informações para o presente estudo, especificamente no bairro Santa Tereza, que constituiu o cenário principal de visitas e observações. Este território possui muitas ocupações irregulares e poucos equipamentos sociais básicos. Além disso, é uma das regiões mais violentas da cidade e, atualmente, cenário de disputas de

grupos ligados ao tráfico de drogas. Esta região é considerada área de exclusão social, caracterizada pelo número elevado de pessoas vivendo sem saneamento, sem alfabetização, precária inserção profissional (desemprego, subemprego ou emprego precário), com 47% de sua população vivendo abaixo da linha de pobreza e com presença de elevado percentual de mulheres chefes-de-família.⁸

As evidências produzidas neste trabalho serão discutidas a partir das quatro grandes categorias que nortearam a produção de dados.

a. Externalização do medo

No que concerne à externalização do medo pela comunidade, destaca-se a forma velada ou declarada de como os atores estudados manifestam e expressam sentimentos de medo em diferentes níveis de intensidade. Essas manifestações podem incluir

a verbalização ou a linguagem corporal: gestos, expressões faciais, choro e mesmo sinais de estresse e pânico. Ao observar as atitudes dos moradores da região, percebem-se algumas manifestações claras do medo quando estes encerram-se em suas casas, deixando sempre fechadas as portas, as janelas e outras aberturas das residências. Algumas manifestações mais discretas são percebidas, reveladas apesar do silêncio, como a dificuldade de manifestarem opiniões ou relatos do dia-a-dia que possam lhes trazer riscos. Há ainda os sofrimentos gerados pelo medo que afetam a integridade moral, física e psicológica, os quais trazem consequências para a saúde.

O sentimento extremo de medo da população ocorre quando há manifestações coletivas de reação aos homicídios de moradores ou mesmo chacinas perpetradas por traficantes. Estas manifestações envolvem protestos, barricadas e impedimento de entrada de estranhos ao território, inclusive de serviços de segurança pública. Nestes momentos de protesto os moradores esperam minimizar a ameaça iminente da perda de poder dos líderes locais do tráfico, nos quais eles projetam a figura de poder local. Estes líderes, por sua vez, acabam por coagir através do medo os moradores para que estes realizem tais atos e retaliações.

O medo é externalizado pelos profissionais dos serviços de diversas formas. A rotina de trabalho nas unidades que dão apoio ao território é perpassada sempre por sentimentos que revelam ansiedade. As ações, seja no interior das unidades ou durante os serviços externos, são sempre precedidas de cuidados exacerbados para não romper ou interferir de forma perigosa nos “códigos” impostos no território. O medo manifestado mais sutilmente na ansiedade torna-se mais claro na própria desordem do processo de trabalho, identificada pela precariedade física das instalações da unidade ou mesmo, pela constante mudança no planejamento das ações diárias. Há, com certa frequência, apresentações de atestados de saúde, pedidos de realocações ou mesmo transferência, em uma busca por parte dos atores de outros serviços para minimizar riscos e, conseqüentemente, diminuir o medo. Uma peculiaridade que cabe ser considerada, é o caso dos agentes comunitários de saúde, que por residirem no território expressam os seus medos, ora no papel laboral ora como membros da própria comunidade, o que lhes impõe um desafio adicional e um nível mais acentuado de ansiedade.

Os atores do grupo que compõe o setor ensino – professores e alunos da Universidade – revelam seus medos na conduta de atenta

observação e obediência aos códigos do território, expressos através de orientações trazidas pelos serviços. O medo determina o respeito às fronteiras físicas através dos caminhos que é permitido circular como por exemplo, "nesta rua podemos passar e naquela outra não podemos". Profissionais e alunos que realizam atividades no local muitas vezes sentem-se desprotegidos e pressionados pelos gestores para seguir em seus postos de trabalho. Enquanto que as mídias, por sua vez, produzem matérias sensacionalistas e exageradas, aumentando as vendas de jornais e os sentimentos de medo da população.

b. Articulação frente à violência

A comunidade esboça algumas ações no que tange à articulação frente à violência. Diante do desamparo produzido pelo Estado em relação a melhorias das condições de vida e de segurança, assim como a falta de perspectiva de uma solução imediata, a comunidade se vê entregue à sua própria responsabilidade para manter sua condição ou sensação de segurança. Essa articulação é tecida através de redes de diversos segmentos de lideranças comunitárias, comércio local, relações de vizinhança, parentesco e instituições religiosas. Ademais, um forte elo é traçado com as redes do tráfico nessa

localidade favorecendo assim, a vinculação ao crime em meio à busca por proteção.

Pressupõe-se que os serviços de saúde por estarem em contato direto com a população sejam importantes fontes na detecção de problemas enfrentados pela comunidade, incluindo as situações de violência. Porém nem sempre as violências são identificadas e, muitas vezes, os profissionais de saúde preferem negar a sua existência. Muitos consideram que a violência é um assunto que não diz respeito ao campo da saúde e outros ainda não se sentem identificados com a população que atendem que é percebida como "classe perigosa" e não como possíveis vítimas de violências.⁹

Por outro lado, os profissionais muitas vezes se sentem vulneráveis diante de tal fenômeno e acabam buscando alternativas para maximizar sua segurança. Em sua maioria, os profissionais alimentam sentimentos de medo, desesperança e angústia, além do distanciamento e da visão de que são inaptos e impotentes para lidar com determinadas situações ou que as violências não constituem um problema factível de se enfrentado por no seu âmbito de ação. Essa postura gera impactos emocionais que levam muitos profissionais a adotar uma conduta de vitimização diante da exposição à violência, se eximindo do seu papel

como sujeito potencializador na articulação da rede social.

As estratégias adotadas pela Universidade em termos de articulação para enfrentamento das violências consistem em fomentar a constituição de uma rede articulada integrando o serviço, ensino e comunidade em um contínuo de ações que visem à educação, prevenção e a promoção da cultura de paz. Porém estas ações muitas vezes ficam apenas na intenção.

c. Estigmatização da violência

A estigmatização da violência pelo olhar da própria comunidade é percebida frequentemente por representações e sentidos que fazem ressoar expressões pejorativas sobre o território como, por exemplo, a representação de um lugar de exclusão, sem ética e sem cultura, cenário apenas de práticas violentas. O preconceito e a estigmatização que a violência ocasiona são agravados pela falta de poder e baixa autoestima dos moradores do território. A falta de oportunidade também é um fator associado ao estigma de “favelados” bem como, a exclusão social que marginaliza os indivíduos. Ademais, a imagem criada pela mídia acerca dos eventos violentos, reforça estereótipos e visões deturpadas de um lugar negativo, fora da ordem e de criminalidade.

Do ponto de vista dos atores dos serviços o que se percebe são atitudes que tentam classificar os indivíduos da comunidade em grupos, separando aqueles considerados como “violentos” daqueles classificados como “não violentos”. Essa dicotomia entre os “bons” e os “maus”, visa operacionalizar e organizar o atendimento, mas acaba constituindo o cerne da estigmatização e está acompanhada por um sentimento de rechaço dos profissionais quando do atendimento aos “violentos”.

A estigmatização por parte do setor ensino inicia com a percepção da degradação do espaço, em que o território passa a ser evitado pelos estudantes e às vezes, proibido pelos pais dos alunos. Nota-se um olhar cristalizado baseado no senso comum e na ideia de que o território é um lugar homogeneamente violento. Atrelado a isso, observa-se entre os atores do ensino manifestações classificando quem é de fato um “bom” cidadão e quem é bandido (bem e mal), na maioria das vezes tendo a cor da pele do morador do território tomada como parâmetro de identificação do perfil violento estigmatizado.

d. Protagonismo

Observa-se um baixo protagonismo por parte da comunidade no que se refere a atitudes com foco na transformação da condição

de exposição à violência. O que se percebe é uma “cegueira” diante da condição existente no território, onde os moradores não se percebem como possíveis agentes transformadores sociais da comunidade na esfera política das instituições como escola, unidade de saúde e sociedade. Ocorre projeção em pessoas externas ao território atribuindo a elas a responsabilidade e o protagonismo pela mudança, quando na realidade, a mudança depende da sociedade como um todo, incluindo eles próprios.

Na agenda dos serviços de saúde o protagonismo, a iniciativa e a participação em programas e ações direcionadas à população local foi sempre uma das prioridades. Entre elas, ações voltadas para a saúde mental, saúde dos adolescentes, dos idosos além de ações voltadas para atenção às vítimas de violência. Os serviços buscam atuar de forma integrada e articulada com a rede de atenção inter e intrasetorial.

As manifestações observadas em campo e expostas até aqui remetem a algumas reflexões. O primeiro aspecto que emerge do texto mostra que o medo e o protagonismo são, em verdade, elementos indissociáveis. Dentre estes, o medo talvez parece mostrar-se como o “combustível” para a expressão dos demais elementos, pelo menos na maior parte das

circunstâncias observadas. Conforme expõe Gavéria,¹⁰ o medo age como instrumento central para a construção do que a autora denomina território de violência. O medo tem se mostrado como um desafio quando o assunto é violência, não só no Brasil, mas em vários países latino-americanos.¹¹ Não obstante, esse sentimento é comumente supervalorizado, o que provoca facilmente sua disseminação pelas mentes e pelos territórios.

As articulações da comunidade frente à violência incluem a associação ao tráfico, percebida na Vila Cruzeiro em traços já identificados por Gavéria¹⁰ em outra região no entorno de Porto Alegre. Segundo a autora, há eventos em que uma justiça ditada pelo próprios códigos do território é realizada por meio da prestação de favores (associação) da família interessada com o traficante, aquele visto como a liderança em seu território.

A estigmatização percebida no território em estudo, também aparece como um elemento em destaque no trabalho de Gavéria,¹⁰ em que a autora faz menção ao constrangimento e medo dos moradores em referenciar o território onde moram sob pena de perderem oportunidades de emprego e de simplesmente serem desqualificados. O fenômeno presente na Vila Cruzeiro não é exclusivo só do Brasil, Briceño-León^{11:36} aponta

que há uma percepção equivocada em que a classe média é vítima da violência perpetrada pela classe pobre. Contudo, o mesmo autor explica que a violência mais intensa e letal ocorre exatamente contra grupos mais vulneráveis, ou o que ocorre de fato “es una violencia de pobres contra pobres”.

Por fim, as manifestações de protagonismo na comunidade são muito reduzidas, quase inexistentes. Mais uma vez, o medo parece ser o principal fator que mina o território e enfraquece as manifestações da comunidade. O protagonismo parece, então, vir com um pouco mais de força dos atores externos ao território – serviços e ensino. Restam a estes escassas chances de motivar os moradores locais para articularem-se e exercerem algum protagonismo. Apesar de o medo assumir uma forte influência sobre a possibilidade de enfrentamento, articulação e protagonismo da população, considerar o medo como o elemento central na compreensão da violência no território pode ser o caminho para conclusões equivocadas. Sendo assim, torna-se importante fazer uma ligação entre o que se observou e aquilo que se convencionou por violência estrutural. Conforme expõe Briceño-León,¹¹ a violência está associada a origens mais complexas. Segundo ele as pessoas matam e morrem pela singular combinação de fatores tradicionais e

globalizados: morrem pela cultura de honra rural e pelos sapatos da moda do jogador famoso; pela miséria de sempre e pela nova, que surge a partir do empobrecimento produzido pela nova economia, capaz de levar ao crescimento económico e ao aumento do desemprego, ao mesmo tempo. Em suma, a violência está associada aos efeitos da nova configuração mundial do capitalismo, que surge e se espalha pelas regiões marginalizadas das grandes metrópoles da América Latina.

Conclusões

Apesar das peculiaridades do território, a Vila Cruzeiro reproduz cenários de violência e exclusão similares nos seus determinantes e na sua complexidade a outros, presentes em grandes centros de países do cone sul. Isso não diminui a relevância das categorias ou temas que estão associados ao fenômeno. Ressalta-se novamente a angústia provocada pelo medo, manifestado não só por moradores mas também pelos atores dos serviços e ensino que atuam no território. O medo acaba por tornar-se o sentimento chave que interfere na articulação, na estigmatização e no protagonismo, embora se saiba que considerar o medo como o elemento central na compreensão da violência no território é uma abordagem superficial do fenômeno.

Uma observação mais aprofundada do fenômeno estudado mostra, na verdade, traços de uma violência que não é restrita ou intrínseca do território estudado. Os códigos éticos e morais internos ao local apontam muito mais a influência de uma violência estrutural a qual, senão difícil, é quase impossível de ser enfrentada pelos atores aqui

mencionados. A violência estrutural origina-se de um contexto histórico social e político amplo e adentra o território como um fenômeno endêmico resultante de desigualdades históricas de renda, gênero, raça, geracionalidade, determinantes que incidem sobre esta população, revitimizando-a.

Referências

- ¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- ² Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R, Chauí M, Paoli MC. Perspectivas antropológicas da mulher - 4: sobre mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1985. p. 25-62.
- ³ Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra, 2002. [citado em 05 jan 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.
- ⁵ Mello ME. Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. In: Teixeira EMF, Meneghel SN. Dicionário feminino da infâmia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 370-372.
- ⁶ Arendt H. Poder e violência. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
- ⁷ Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
- ⁸ Ramão SR, Meneghel SN, Oliveira C. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. *Psicol soc* [Internet]. 2005 [citado em 12/01/2016]; 17(2):1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-71822005000200011&lang=pt#not1>.
- ⁹ Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):743-750.
- ¹⁰ Gavéria RM. Medo ao poder e poder do medo na construção de um território de violência. In: Russo M, Teixeira AN, Santos JVT. Violência e cidadania: práticas sociológicas e compromissos sociais. Porto Alegre: UFRGS Editora; 2011. p. 56-73.
- ¹¹ Briceño-León RB. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologias*. 2002;4(8): 34-51.

ARTIGO ORIGINAL

A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM USUÁRIOS ACAMADOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prevalence of Chronic Diseases in bedridden nurses attended in a Basic Health Unit Family

Juliana de Oliveira Souza

Fisioterapeuta, ex-bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) pelo Centro Universitário de Barra Mansa (UBM).

E-mail: jufisio_souza@yahoo.com.br

Bruno Castro de Oliveira

Enfermeiro, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês e em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal Fluminense (UFF), ex-preceptor do PET-Saúde pelo UBM.

E-mail: brunocastro.sms@gmail.com

Vladimir Lopes de Souza

Fisioterapeuta, Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco (UCB). Docente e ex-tutor do PET-Saúde pelo UBM.

Resumo

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em usuários acamados assistidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Foram analisados os prontuários de 46 usuários de ambos os sexos e com idade entre 16 e 93 anos. Observou-se que 82,6% desses usuários apresentavam doenças crônicas não transmissíveis, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica a mais prevalente entre eles. Concluiu-se que houve uma prevalência significativa de doenças crônicas não transmissíveis entre os usuários acamados e assim, sugere-se a necessidade de ações voltadas para a identificação precoce

E-mail: vladilopes@hotmail.com

Sheila Rodrigues Dias Figueiras

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Docente e Ex-coordenadora do PET-Saúde pelo UBM.

E-mail: sheilardf@hotmail.com

Adilson Dias Bastos

Psicólogo, Doutor em Psicologia Social pela Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), com doutorado sanduíche em Ergologia pela Université de Provence (França) e Docente do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM).

E-mail: adilsonbastos@gmail.com

dessas doenças nessa população específica.

Palavras-chave: Doença crônica; Fatores de risco; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Acidente vascular.

Abstract

This study aimed to determine the prevalence of chronic diseases in bedridden nurses attended in a Basic Health Unit of the Family. The medical records of 46 users were analyzed in both genders aged between 16 and 93 years. It was observed that 82,6% of these users have chronic diseases, and the Hypertension the most prevalent among them. It was concluded that there was a significant prevalence of chronic diseases among the bedridden nurses and thus suggest the need for actions aimed at early detection of these diseases in this specific

population.

Keywords: Chronic disease; Risk factors; Arterial; Diabetes Mellitus; Vascular accident.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor da saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social.¹ No Brasil, por exemplo, elas respondem por aproximadamente 70% dos gastos assistenciais com a saúde. De acordo com o Ministério da Saúde as DCNTs são caracterizadas por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.²

Em 1930 as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes no Brasil. Em 2007 aproximadamente 72% das mortes no país foram atribuídas as DCNTs. Essa mudança radical aconteceu em um contexto de desenvolvimento econômico e social importante e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Paralelamente a essa mudança, houve uma rápida transição demográfica e nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco das DCNTs.^{3,4,5,6} Estima-se que, em 2030, 3/4 de todas as mortes do mundo estarão relacionadas às DCNT.⁷

Além do elevado número de mortes prematuras, as DCNTs têm gerado perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral.¹ Essas doenças afetam pessoas de todos os grupos socioeconômicos, especialmente aquelas mais vulneráveis, como os idosos e indivíduos de família com baixa escolaridade e renda.⁸

A maioria dos óbitos por DCNT é atribuída às doenças cardiovasculares, ao câncer, ao Diabetes Mellitus (DM) e às doenças respiratórias crônicas.⁹ Ao propor que o enfrentamento das DCNTs focasse prioritariamente essas quatro doenças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu também como alvo para estratégias preventivas seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e consumo nocivo de álcool.¹⁰ Além disso, uma doença crônica pode se tornar um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas.¹¹

O usuário acamado, com pouca mobilidade física por tempo prolongado, é suscetível a apresentar alterações importantes em órgãos e sistemas e a desenvolver DCNTs.¹² Sendo assim, considera-se importante a realização desse estudo, a fim de aumentar o conhecimento sobre a prevalência de DCNTs em usuários acamados, servindo como referência bibliográfica para acadêmicos e profissionais de saúde e para aqueles que queiram pesquisar a temática.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo identificar o número de usuários acamados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e verificar a prevalência de DCNTs entre eles.

Métodos

O estudo foi desenvolvido por uma estudante do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), sendo coordenada por preceptores e tutores.

Em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde de dois municípios do estado do Rio de Janeiro, os cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia do UBM,

foram aprovados no PET-Saúde. Esse programa, criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde como incentivo ao estudo e a produção científica. Seu principal objetivo é fortalecer áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e promover maior aproximação e interação dos grupos de estudantes com a comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).^{13,14} A etapa inicial do programa se configurou por uma reunião entre os coordenadores, tutores, preceptores e estudantes dos cursos do UBM, aprovados para participarem do programa. Nesta reunião, a coordenação geral distribuiu os grupos de estudantes e preceptores por município.

Os trabalhos do PET-Saúde na UBSF, que foi cenário da pesquisa, tiveram início na primeira reunião com as equipes, onde foi realizada uma análise dos relatórios gerenciais para reconhecimento do território, prevalência de doenças e óbitos, indicadores de saúde e observação do processo de trabalho das equipes. Após a análise, observou-se que na área de abrangência da UBSF havia muitos usuários acamados com DCNTs e após este diagnóstico situacional, as ações foram direcionadas para a pesquisa.

A UBSF é composta por duas ESFs e atende uma população de 6.970 habitantes, no Distrito Norte de um município do estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários de todos os usuários acamados da área de abrangência da UBSF,

com o objetivo de buscar informações referentes à: idade; sexo; nível de escolaridade; fatores de risco; Índice de Massa Corporal (IMC); causa e tempo do acamamento e as DCNTs apresentadas pelos usuários.

Foi utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados de Exames e Prontuários, onde os pesquisadores se comprometeram a garantir a confiabilidade sobre os dados coletados nos arquivos da UBSF, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os documentos internacionais e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que o estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do UBM sob o parecer nº 354.077.

Foram analisados os prontuários de 46 usuários acamados de ambos os sexos e com idade entre 16 e 93 anos. Foram considerados como critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos e em qualquer faixa etária, que fossem cadastrados na UBSF. Os critérios de exclusão foram: prontuários com informações desatualizadas e usuários que apresentassem as DCNTs antes de se tornarem acamados. Após a coleta dos dados, estes foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel 2010 para serem submetidos aos procedimentos de estatística descritiva.

Resultados

As características referentes à UBSF e a distribuição das DCNTs na população não acamada encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Características da Unidade Básica de Saúde da Família e a distribuição das DCNTs na população não acamada.

Nº de Equipes de Saúde da Família: 02
Nº de microáreas por equipe: 05
Nº de usuários cadastrados na UBSF: 6.970

Unidade Básica de Saúde da Família

N° de usuários estimado por microárea: 600
Faixa etária prevalente: 40 a 60 anos
N° de usuários com Diabetes Mellitus: 282
N° de usuários diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica: 820
Principal causa de óbito: doenças do aparelho circulatório

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo encontram-se na Tabela 2. Observa-se que dos 46 usuários acamados, 38 (82,6%) possuíam DCNTs.

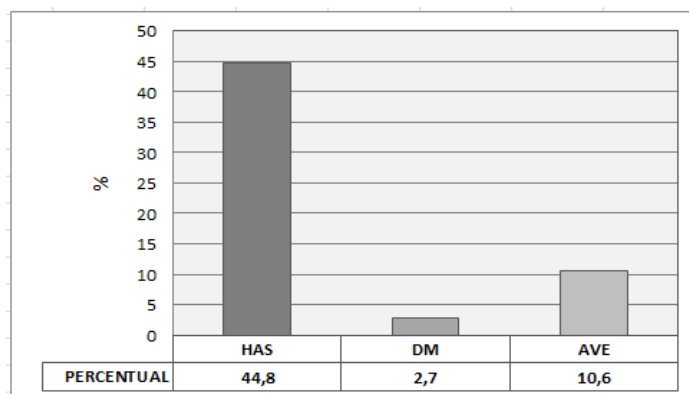
Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas dos usuários acamados.

Variáveis	Usuários acamados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	N (%)	Índice de Massa Corporal	
			Usuários acamados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Usuários acamados sem Doenças Crônicas Não Transmissíveis
			<18,5	0 (0%)
			Entre 18,5 e 24,9	31 (81,5%)
			Entre 25,0 e 29,9	6 (15,8%)
			Entre 30,0 e 39,9	1 (2,7%)
			>40,0	0 (0%)
			Causa do acamamento	
			N (%)	
			Hidrocefalia	0 (0%)
			Fratura de fêmur	2 (5,2%)
			Mal de Alzheimer	1 (12,5%)
			Parkinson	1 (12,5%)
			Osteoporose	0 (0%)
			Paralisia Cerebral	3 (37,5%)
			Infarto Agudo do Miocárdio	2 (25,0%)
			Deficiência visual	0 (0%)
			Amputação	1 (12,5%)
			Idade avançada	0 (0%)
				24 (63,2%)
			Tempo do acamamento	
			Menos de 03 meses	4 (50,0%)
			De 03 a 06 meses	4 (50,0%)
			De 07 meses a 01 ano	0 (0%)
			De 01 ano a 05 anos	0 (0%)
			Mais de 05 anos	2 (25,0%)
				9 (62,5%)
				1 (12,5%)
				0 (0%)
				0 (0%)
				0 (0%)
				1 (12,5%)
				2 (25,0%)
				5 (62,5%)

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se na Figura 1 que 58,1% dos usuários apresentam DCNT de maneira isolada, sendo a HAS a mais prevalente entre eles (44,8%). Em relação à prevalência do DM, apenas 2,7% dos usuários apresentam a doença de maneira isolada.

Figura 1 – Casos isolados de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os usuários acamados.



Fonte: Elaboração própria.

Os resultados referentes ao controle da HAS isolada e associada a outras DCNTs encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada entre os usuários acamados.

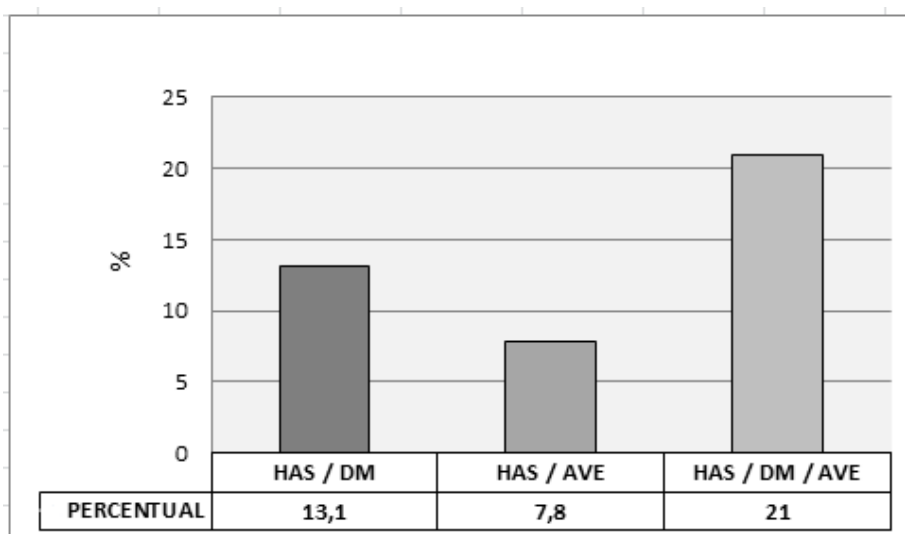
Hipertensão Arterial Sistêmica	N	%
Controlada	27	71,0
Não controlada	6	15,7
Total	33	86,7

Fonte: Elaboração própria.

Em relação às doenças associadas, observa-se na Figura 2, que a maioria dos usuários apresenta associação entre HAS, DM e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (21%),

sendo que a HAS está presente em todos os casos estudados (41,9%). Destaca-se também o percentual considerável de usuários com HAS e DM (13,1%).

Figura 2 – Casos associados de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os usuários acamados.



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Os resultados desse estudo confirmam os indicadores municipais, que apontam para a necessidade de ações efetivas de prevenção e controle das DCNTs, principalmente no âmbito da atenção básica. Verificou-se que boa parte dos usuários acamados da área de abrangência da UBSF apresenta DCNTs e este resultado corrobora com dados da literatura que mostram que a inatividade física é um importante fator de risco para as DCNTs.¹⁵ Autores afirmam que o tempo prolongado no leito pode ocasionar graves consequências à saúde, como a diminuição da capacidade funcional do sistema musculoesquelético, tegumentar, cardiorrespiratório, gastrointestinal, geniturinário e nervoso.¹⁶

A Síndrome da Imobilidade é um conjunto de disfunções que tem por mecanismo inicial a manutenção da postura no leito do indivíduo acamado por um período prolongado, que leva a redução na capacidade funcional.¹⁷ Estudos demonstram que são necessários apenas sete dias de repouso no leito para reduzir a força muscular em 30%, com uma perda adicional de 20% da força restante a cada semana. Se a imobilização é prolongada, rapidamente os músculos passam por um processo de atrofia, principalmente se o indivíduo for idoso. Outras alterações incluem

rigidez articular, encurtamentos, contraturas, deformidades e mudanças no tecido conjuntivo. Além disso, a imobilidade prolongada também pode causar alterações no sistema endócrino, imunológico, circulatório, respiratório, gastrointestinal e geniturinário.¹⁸

Desse modo, observa-se que as alterações no organismo do indivíduo acamado vão surgindo e se agravando de acordo com o tempo em que ele está nessa condição. Tais alterações contribuem para o declínio funcional progressivo e a perda da capacidade de executar as atividades de vida diária. Para prevenir ou reduzir o declínio funcional é necessário que a intervenção terapêutica seja a mais precoce possível.¹⁹

Pesquisas mostram que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a mobilidade promove estão: a melhoria da composição corporal, do perfil glicêmico e lipídico e da força e flexibilidade muscular; a diminuição da taxa metabólica, de dores articulares e da resistência vascular e o aumento da densidade mineral óssea e da capacidade aeróbia.²⁰

Os resultados desse estudo mostram que a prevalência de DCNTs é maior entre os

usuários idosos. De acordo com a literatura, o envelhecimento da população tem elevado à possibilidade do idoso ser acometido por DCNTs decorrente da perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos, acarretando declínio da capacidade funcional e dependência nas atividades do cotidiano.²¹ Junto à transição demográfica observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças infectocontagiosas diminuíram, enquanto que as DCNTs passaram a prevalecer, atingindo principalmente a pessoa idosa.²²

Em relação ao sexo, observa-se que não houve diferença de gêneros entre os usuários participantes do estudo. No entanto, pesquisadores mostram que, de modo geral, os fatores de risco para DCNTs estão associados à maior idade, à menor escolaridade e ao sexo masculino,¹⁵ visto que, as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, têm uma melhor percepção do seu estado de saúde e apresentam maior tendência ao autocuidado.²³ De acordo com dados do Ministério da Saúde, os homens estão mais expostos a fatores de risco como o etilismo e o tabagismo, quando comparados as mulheres. Entretanto, as mulheres têm uma expectativa de vida maior e consequentemente convivem mais tempo com as DCNTs.³

No presente estudo, a doença que mais se destacou pela alta proporção em relação às

demaís foi a HAS. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010),²⁴ ela representa sério problema de saúde pública no Brasil, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos. Apesar disso, a HAS não deve ser considerada uma consequência natural do envelhecimento.²⁵ O idoso acamado pode desenvolver uma grande quantidade de complicações por conta da imobilidade. No sistema cardiovascular Raposo e Lopes²⁶ afirmam que ocorre elevação da pressão arterial sistólica pelo aumento da resistência vascular periférica.

Em relação ao DM poucos usuários apresentam a doença de maneira isolada e esse dado gera uma inquietação sobre a captação precoce do usuário com DM. Os usuários não captados pela UBSF permanecem sem tratamento, podendo ser alvos de complicações secundárias da doença, apresentando quadros de DM com uma ou mais doenças associadas. Autores mostram que a incidência de DM aumentou de 10,3% para 16,1% na última década sendo que, cerca de 50% da população com DM não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações.²⁷ Por isso, testes de rastreamento são indicados em

indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença.²⁸

O presente estudo mostra que há um número significativo de usuários com DM associado à HAS e AVE. De acordo com dados do Ministério da Saúde a prevalência de HAS é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos.²⁹ A combinação entre essas duas doenças é grave porque aumenta o risco de eventos cerebrovasculares e doenças arteriais coronarianas.³⁰ Um estudo na Finlândia revelou que a associação entre o DM e a HAS aumentou o risco de incidência e mortalidade por AVE.³¹

Conclusão

Observou-se uma prevalência significativa de DCNTs entre os usuários acamados, acometendo principalmente os idosos de ambos os sexos. Assim, considera-se necessário o desenvolvimento de ações voltadas para a identificação precoce das DCNTs na população, principalmente o DM, no

qual foi evidenciada uma subnotificação do número de casos na população de acamados.

A atualização periódica do cadastramento das famílias na ESF e a alimentação fidedigna dos sistemas de informação da atenção básica são elementos fundamentais para o monitoramento das DCNTs e elaboração de estratégias para enfrentamento por parte da equipe de saúde local e pelo gestor municipal.

Entende-se também que para a melhoria da assistência ao usuário, é fundamental que o gestor municipal promova permanentemente capacitações para a equipe multidisciplinar, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais, incorporando ferramentas capazes de promover efetivamente as ações educativas para prevenção das DCNT e seus agravos, e também supervisionar essas ações junto às ESFs com intuito de garantir a aplicabilidade dos instrumentos e fornecer o apoio necessário.

Referências

1. World Health Organization. Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Washington; 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 - 2022. Brasília; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2009.
4. Paim, J, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(3).
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, (25) 2009.

6. Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Hosey GM, et al. Socioeconomic and demographic predictors of selected cardiovascular risk factors among living in Pohnpei, Federated States of Micronesia. *BMC Public Health*. 2014;14(1).
8. Malta DC, Silva JB. Políticas to promote physical activity in Brazil. *The Lancet*. 2012;380(9838).
9. Schmidt MI, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377(9781).
10. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2011. [Citado em: 25 mar 2015] Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en.
11. Leite F. Taxas de mortalidade entre beneficiários de planos de saúde e a população brasileira em 2004 e 2005 - O que mudou? [Internet]. [citado em: 2 abr 2015] Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00242009Mortalidade.pdf>.
12. Bezerra SMG. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados em domicílio [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2010.
13. Santos BRL, Thiesen FV. O programa de educação pelo trabalho para a saúde fortalecendo a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde. *Rev Cienc Saúde*. 2010; 3(1).
14. Ministério da Saúde (BR). PET-Saúde. [Internet]. [citado em: 5 abr 2015] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.
15. Malta DC, Morais NOL, Silva JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol serv saúde*. 2011;20(4).
16. Silva A, et al. CIPE – versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem. 2011.
17. Presto B, Damázio L. Fisioterapia na UTI. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
18. Sibinelli M, et al. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(1).
19. Cazeiro APM, Peres PT. A Terapia Ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cad Ter Ocup*. 2010;18(2).
20. Franchi KMB, et al. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. *Rev bras ativ fís saúde*. 2008;13(3).
21. Costa GM, Henriques ME, Fernandes MDGM. Programa de atenção à saúde do idoso na visão da clientela. *Rev Terceira Idade*. 2003;27(2).
22. Martins JJ, et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & contexto enferm*. 2007;16(2).
23. Serra MM, et al. Condições clínicas e antropométricas de hipertensos atendidos em um centro de saúde de São Luís. *Rev Pesquisa Saúde*. 2015;16(2).
24. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 6. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq bras cardiol*. 2010;95(1).
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília; 2006. Caderno de Atenção Básica, n. 16, Série A.
26. Raposo NA, Lopez RFA. Efeitos da imobilização prolongada e atividade física. *Rev Digital*. 2002;8(50).
27. Lima CMF, et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Rev Cienc Saúde*. 2011;16(9).
28. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Brasília: MS; 2006.
29. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis. [Internet]. Brasília: MS. [citado em: 2 maio 2015] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448.
30. Nilsson PM, Cederholm J. Diabetes, Hypertension, and outcome studies: overview 2010. *Diabetes Care*. 2001;34(Suppl 2)
31. Hu G, et al. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke*. 2005;36(12).

ARTIGO ORIGINAL

CÍRCULO DE CULTURA JUNTO A AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA VIVÊNCIA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Culture Circle with Community Health Agents in experience in the More Doctors Program

José Jeová Mourão Netto

Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ) e Orientador do Programa Mais Médicos.

E-mail: jeovamourao@yahoo.com.br

Ligia Maria Benevenuto de Sousa Protásio

Programa Mais Médicos. Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: ligiaprotasio@hotmail.com

Natália Frota Goyanna

Discente do Programa de Mestrado em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (UFC) e Orientadora do Programa Mais Médicos.

E-mail: nataliagoyanna@yahoo.com.br

Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Discente do Programa de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde Universidade Estadual do Ceará (UECE).

E-mail: regynararodrigues@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: objetivou-se sistematizar uma vivência no Programa Mais Médicos. Métodos: trata-se da sistematização de uma experiência, tendo como substrato a operacionalização de um Projeto de Intervenção junto a Agentes Comunitários de Saúde, viabilizada pelo Círculo de Cultura de Paulo Freire. A intervenção ocorreu nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, em um total de 3 encontros com 5 Agentes Comunitários de Saúde, tendo a médica da Unidade Básica de Saúde como

Ana Egliny Sabino Cavalcante

Discente do Programa de Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

E-mail: eglinysabino@yahoo.com.br

Janice D'Ávila Rodrigues Mendes

Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). Orientadora do Programa Mais Médicos e Docente das Faculdades INTA.

E-mail: janicedavila34@gmail.com

Maria Aparecida Sousa Vasconcelos

Enfermeira Graduada pelas Faculdades INTA.

E-mail: negonaefrota@hotmail.com

Otávia Cassimiro Aragão

Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (ESP/CE) Hospital Regional Norte.

E-mail: otaviaragao@hotmail.com

facilitadora. Os três encontros obedeceram à orientação do método proposto por Paulo Freire: *investigação dos temas geradores; codificação e descodificação; desvelamento crítico*. Resultados: os encontros iniciaram-se com a distribuição dos temas geradores de forma aleatória. Em seguida, solicitou-se que os participantes discorressem sobre o tema gerador e que relação ele mantinha com o câncer de pele, para em seguida ocorrer o desvelamento crítico, aprofundando a discussão sobre a representação de cada

palavra e quais suas implicações para os usuários da Unidade Básica de Saúde e para os profissionais, enfatizando que relação ela mantém com a prevenção e a identificação precoce do câncer de pele. Conclusões: a intervenção permitiu (re)significar saberes e fazeres, ampliando o olhar e despertando para novas estratégias de ação no território, além de fortalecer vínculos entre a equipe, oportunizando reflexões sobre a formação, o processo de trabalho e o ser profissional médico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação de Pós-graduação em Medicina; Saúde Pública.

Abstract

Objective: To systematize an experience in the Program More Doctors. **Data overview:** It is the systematization of an experience, with the substrate the operationalization of an Intervention Project with the Community Health Agents, made possible by Paulo Freire Cultural Circle. The intervention took place in the months of December 2015 and January 2016, a total of 3 meetings with Community Health Agents 5, with Basic Health Unit medical as facilitator. The three meetings followed the guidance of the proposed method by Paulo Freire: Investigation of generating themes; encoding and decoding; critical unveiling. Thus, during the meetings began with the distribution of generating themes at random. Then it requested that the participants would discourse on the theme generator and what relationship he had with skin cancer, to then place the critical unveiling, deepening the discussion of the representation of each word and what its implications for users Basic Health Unit and for professionals, emphasizing that relationship she had with prevention and early detection of skin cancer. **Conclusion:** The intervention allowed (re) define knowledge and practices, expanding the look and awakening to new action strategies in the territory, in addition to strengthening links between staff,

providing opportunities reflections on training, work process and be professional doctor.

Keywords: Education, medical, graduate; Primary health Care; Public health.

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) é a maior iniciativa já desenvolvida no país para enfrentar a problemática do provimento e das fragilidades da formação de médicos para atuar nos serviços de Atenção Básica (AB). Na perspectiva da reorientação da formação, é composto por medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos que incluem desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), articulado a um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes e ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).¹

Na perspectiva da formação médica, o PMM tem se dedicado a tensionar mudanças no intuito de produzir profissionais aptos a atuarem nas problemáticas emergidas no contexto da AB, na medida em que se apresentam cada vez mais complexas, fruto da urbanização, do aumento das doenças crônicas e agudas e do envelhecimento da população.

Diante desse contexto de rupturas e continuidades, vive-se um momento oportuno para a emergência de experiências inovadoras que possam transformar o modelo pedagógico das escolas e da formação em saúde como um todo,² sendo premente a necessidade de novos artifícios que permitam aos profissionais impactarem nos diferentes cenários e problemáticas.

Destarte, durante a permanência no PMM, é ofertada aos estudantes uma formação. Trata-se da Especialização em Saúde da Família e tem como um de seus requisitos a

realização de um Projeto de Intervenção junto ao território de atuação, correspondente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Este artigo é fruto da implementação de uma intervenção junto a um território da Estratégia Saúde da Família (ESF), subsidiado pelo referencial do Círculo de Cultura de Paulo Freire.³

A escolha do Círculo de Cultura como referencial se justifica pela sua relação com os princípios da educação popular em saúde, que se contrapõem ao modelo hegemônico de formação e produção da saúde, pautado pela educação bancária, atribuindo-se grande parte disso como reflexo da formação profissional, ainda fortemente influenciada pelo modelo flexneriano.

O estudo objetivou sistematizar e analisar à luz de uma abordagem reflexiva a experiência de uma das autoras enquanto médica integrante do Programa Mais Médicos na ocasião da realização de um Projeto de Intervenção junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS), viabilizada pelo Círculo de Cultura de Paulo Freire.³

Desenvolvimento

Trata-se de uma Sistematização de Experiência (SE), fundamentada no Referencial de Holliday⁴ a qual pressupõe como fundamento a Concepção Metodológica Dialética, que entende a realidade histórico-social como uma totalidade, como processo histórico: a realidade é, ao mesmo tempo, uma, mutante e contraditória porque é histórica; porque é produto da atividade transformadora, criadora dos seres humanos, se configurando em um instrumento poderoso para contribuir para o enfrentamento dos desafios que estão colocados à saúde, porque estas experiências contêm aprendizagens que podem e devem ser disseminadas.

Neste sentido, a SE perpassa a descrição das atividades necessárias à realização de uma ação, pois é imprescindível uma análise aprofundada, de forma que só na medida em que é produzida uma compreensão mais profunda das experiências realizadas é possível compartilhar as aprendizagens, identificar e construir abordagens teóricas que contribuem para o aprimoramento das práticas, estabelecendo assim, ciclos virtuosos de ordenamento e reconstrução, reflexão crítica, possibilitando o intercâmbio com iniciativas afins e a disseminação das experiências.⁴

O Projeto de Intervenção que serve de substrato a este relato objetivou potencializar a identificação precoce de neoplasias de pele em um território da ESF, em um município do interior do Ceará, haja vista a dimensão dessa problemática no cenário brasileiro, bem como o negligenciamento do câncer de pele no território em questão.

Para isso, pensou-se como estruturante uma abordagem aos Agentes Comunitários de Saúde, no intuito de ampliar seus conhecimentos no concernente a prevenção, sinais e sintomas do câncer de pele.

O território possui 1.275 pessoas distribuídas em 441 famílias. A equipe é composta por 8 membros, dos quais 5 são agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem.

A intervenção ocorreu nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, em um total de 3 encontros com os 5 ACS, tendo a médica da UBS como facilitadora, com 4 horas de duração cada encontro, sendo necessário para sua realização um data show, uma resma de papel, cartolinas e canetas.

Os três encontros obedeceram à orientação do método proposto por Paulo Freire: *Investigação dos Temas Geradores; Codificação e Descodificação; Desvelamento*

*Crítico.*³ Assim, durante os encontros iniciou-se com a distribuição dos temas geradores de forma aleatória. Em seguida, solicitou-se que os participantes discorressem sobre o tema gerador e que relação ele mantinha com o câncer de pele, para em seguida ocorrer o desvelamento crítico, aprofundando a

Quadro 1 – Plano de intervenção

discussão sobre a representação de cada palavra e quais suas implicações para os usuários da UBS e para os profissionais, enfatizando que relação ela mantinha com a prevenção e a identificação precoce do câncer de pele.

Ação	Responsável	Recursos	Período	Indicador (Monitoramento)	Resultados esperados
1º círculo de cultura	médica	Cartolina, data show, papel.	3/12/2015 8h às 12h	Número de participantes. Realização da ação	Sensibilização e informação sobre os tipos de cânceres de pele.
2º círculo de cultura	médica	Cartolina, data show e papel.	7/01/2015 8h às 12h	Número de participantes. Realização da ação	Reconhecimento e busca ativa de casos de Ca de pele
3º círculo de cultura	médica	Cartolina, data show, papel e panfletos.	14/01/2015 8h às 12h	Número de participantes. Realização da ação	Divulgação e repasse de informações

Fonte: Próprios autores.

Aplicação do Círculo de Cultura: repercussões para o facilitador

O Círculo de Cultura de Paulo Freire está assentado nos princípios da Educação Popular, que visa promover a liberdade, autonomia e poder de crítica, superando a educação tradicional. Desse modo, procura-se trabalhar o tema mediante diálogo com a equipe, como forma de descoberta do problema e transformação da realidade, montando uma ferramenta de superação das barreiras no contato com a realidade.^{3,5}

O trabalho com o Círculo de Cultura permitiu uma reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem. Este método desconstruiu concepções sobre ensinar e aprender, de forma que, a partir dessa vivência, não foi possível discernir entre aprendentes e ensinantes, pois

os participantes, embora aprendessem sobre questões referentes ao câncer de pele, ensinavam sobre peculiaridades do território, modos de viver, traços culturais da comunidade, estilos de vida, hábitos alimentares, formas de abordagem aos indivíduos e famílias, dentre muitos outros aspectos importantes para o trabalho na AB. A partir dos encontros foi possível o conhecimento de informações importantes para nortear novas atividades no território.

O uso do Círculo de Cultura também possibilitou uma maior aproximação da médica aos ACS, fortalecendo os vínculos também entre os membros da equipe, concorrendo para o desenvolvimento de uma relação no trabalho que superasse a multiprofissionalidade, assim, tendendo à interprofissionalidade.

A educação médica brasileira vivencia um processo de crise caracterizado por

transformações do modelo hegemônico com o intuito de formar médicos mais próximos às necessidades da população. No entanto, há que se conceber a crise como oportunidade que possibilita formular respostas às novas demandas sociais e de saúde, para as quais a formação médica tradicional, com base no modelo biomédico, se mostra limitada.²

A educação médica brasileira ainda está fortemente ancorada no modelo hegemônico de formação e de atenção a saúde, sendo marcante a ausência de ações que priorizem abordagens por meio da educação em saúde. A partir dessa vivência, foi possível compreender a relevância de metodologias ativas de aprendizagem e refletir como a formação em saúde ainda mostra incipiência quanto a formas de abordagem a pessoas, famílias e comunidades de forma participativa. No contexto do PMM, o uso do referencial de Paulo Freire permitiu a operacionalização da integração ensino-serviço-comunidade, premissa a ser estimulada nos projetos pedagógicos dos cursos na saúde e pedra de toque do Programa.

Desse modo, ao analisar-se a formação e o trabalho médico, compreendemos que não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas sim, principalmente, de convidar os sujeitos envolvidos no cotidiano das ações em saúde à construção de um *ethos* que se vincule à indissociabilidade entre cuidar e formar-se.⁶

Ao passo que a atividade compreende uma premissa do projeto pedagógico do PMM, que guarda o intuito de implantar uma ação referente ao enfrentamento de um problema real da comunidade, também apresenta um viés formativo. Nesse contexto, o Círculo de Cultura correspondeu a ferramenta potente que pode contribuir para mudanças no modelo de atenção e formação.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade e constituição de modos de existência.⁷

As discussões que tensionam as mudanças na formação médica, e na saúde como um todo, estão alinhadas ao pensamento de Paulo Freire, ao defender uma educação problematizadora que se baseie na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida na formação de sujeitos, que ocorre por meio do diálogo e da relação entre estudantes e professores, de forma que ambos são transformados na ação educativa e aprendem ao mesmo tempo em que ensinam.⁸

Há intenso debate na literatura em educação médica sobre a necessidade de articular a formação de profissionais médicos para o sistema de saúde, articulando o ambiente acadêmico com a realidade local de cada país,⁹ devendo-se envidar esforços para superar o descompasso entre teoria e prática, inserindo o estudante nos cenários de atuação, os familiarizando com as problemáticas, relações, sabores e dissabores do processo de trabalho em saúde, uma vez que o cotidiano dos serviços guarda um potencial de criação constante de modos de fazer a atenção e a gestão dos seus processos. Esse mesmo cotidiano precisa ser entendido como matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de novos modos de ser trabalhador nesse contexto, estabelecendo-se como plano formador, portanto, constitutivo de sujeitos envolvidos com a efetivação de princípios que afirmem o cuidado, transformando, a partir das práticas de saúde, os sujeitos nelas implicados.⁶

Perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde

Os ACS compreendem uma categoria estruturante para o trabalho na AB, uma vez que suas atividades estão estreitamente relacionadas à dinâmica da comunidade, fazendo com que o trabalho junto aos mesmos tenha reflexo direto na qualidade de vida da população por eles assistida.

Durante os encontros, os ACS se mostraram interessados e apresentaram-se participativos e reativos às provocações. Assim, acredita-se que a intervenção permitiu o desenvolvimento de conhecimentos significativos, de forma que conseguiram associar os assuntos discutidos com seu cotidiano no território. A partir dos discursos, percebe-se que este aprendizado guarda um potencial para incentivar mudanças no comportamento dos ACS no concernente a abordagem ao câncer de pele.

O trabalho desse profissional está focado nas visitas domiciliares, no acolhimento dentro da unidade e em ações administrativas relativas à entrega de medicamentos, marcação de consultas, alimentação dos sistemas de informação, dentre outros.¹⁰

Durante os encontros, os participantes expressam suas dificuldades e preocupação com relação aos rumos do trabalho do ACS no contexto da AB, ressaltando a sobrecarga e a perda dos referenciais de promoção da saúde, outrora fortemente presentes no processo de trabalho deste profissional.

Tal fenômeno se mostra preocupante e vem sendo discutido na literatura, que, ao analisar a institucionalização do trabalho do ACS, identifica que a ordem dominante tem

modificado o trabalho desse profissional e, quando não altera a sua prática, tenta modificá-la através dos desvios de função, como marcação de consulta, recepção, dentre outras atividades.¹¹

A partir dessa inserção na AB, também foi possível compreender a necessidade de um maior diálogo dos profissionais entre profissionais e entre profissionais e usuários como meio para se alcançar melhores resultados na resolução dos problemas da/na saúde, havendo a necessidade de se incentivar a criação de canais de comunicação e de troca de experiências nos territórios. Neste sentido, o uso do Círculo de Cultura se mostrou válido, pois estimulou a troca de experiências de forma horizontal e participativa.

Conclusão

Em um contexto de (re)significação das práticas de trabalho e ensino médico e na saúde, o uso de metodologias ativas e problematizadoras emerge como estratégia potente para tensionar/viabilizar mudanças necessárias a construção de um profissional que possa impactar na realidade dos territórios.

A aplicação do Círculo de Cultura se mostrou rica de possibilidades e com resultados positivos tanto para o desenvolvimento de conhecimento nos participantes como para o facilitador.

A vivência no Programa Mais Médicos tem se mostrado uma oportunidade para refletir sobre a formação, o trabalho e o ser profissional de saúde em um contexto de crise nos processos formativos na saúde, fazendo-se repensar o protagonismo do médico nessa dinâmica.

Referências

1. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Out. [citado em 20 abr 2016]; 38(esp):358-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>
2. Siveira RP, Stelet BP, Pinheiro R. Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arendtiano. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [citado em 10 abr 2016]; 18(48):115-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0115.pdf>
3. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
4. Holliday OJ. *Para sistematizar experiências*. 2.ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
5. Vasconcelos ACM, Oliveira KMC de, Rocha NNV, Cavalcante JHV. O protagonismo dos adolescentes na escola: tecendo a rede psicossocial álcool, crack e outras drogas. *Sanare* [Internet]. 2015 Jul./Dez. [citado em 10 abr 2016];14(2): 117-22. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/835>
6. Ferri PA, Gomes RS. Formação situada ou situações do formar: internato médico em questão. *Rev bras educ med* [Internet]. 2015 [citado em 10 abr 2016]; 39(2): 252-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0252.pdf>
7. Heckert ALE, Neves CEABN. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R et al. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007.
8. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. *Rev bras educ med* [Internet]. 2015 [citado em 10 abr 2016]; 39(3): 418-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0418.pdf>
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010 Dec. [citado em 10 abr 2016];376(9756):1923-58. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)
10. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2015 Jan./Abr. [citado em 10 abr 2016]; 13(1):45-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00029.pdf>
11. Queirós AAL de, Lima LP. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2012 Out. [citado em 11 abr 2016]; 10(2):257-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/05.pdf>

ARTIGO ORIGINAL

A BOCA FALA, OS ÓRGÃOS SARAM: OS TEMAS MAIS DISCUTIDOS EM UM GRUPO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

The lips talk, the organs heal: the most discussed themes in a mental health group in basic care

Bruno Moraes da Silva

Psicólogo. Especialista em Saúde Coletiva.
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
E-mail: brunoms88@gmail.com

Resumo

Os grupos de saúde mental desenvolvidos na Atenção Básica se constituem em um dos principais dispositivos da reforma psiquiátrica. Apesar de se assemelharem na temática, os grupos de saúde mental podem se diferenciar na proposta de trabalho. A maioria dos grupos ainda está voltada para um olhar medicamentoso, focada principalmente em renovação de receitas médicas controladas. Esse trabalho teve como objetivo descrever os temas discutidos no grupo de saúde mental da Unidade de Saúde da Família Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre. Esta pesquisa constituiu-se em um estudo exploratório com abordagem qualitativa e os dados foram coletados através de observação participante e anotações em diário de campo. O método utilizado para trabalhar as informações obtidas ao longo do processo de coleta de dados foi a análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática. O estudo apontou que os temas discutidos no grupo envolveram quatro categorias: família, sofrimento psíquico, rede de apoio e violência. Porém mais do que isso, foi possível identificar que, independente do assunto levantado pelos

Dulce Helena Hatzenberger

Psicóloga. Doutora em Educação. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
E-mail: dulcehelenach@gmail.com

participantes, o grupo funciona como um dispositivo que contribui para a socialização e para a formação de uma rede de apoio mútuo, construída a partir da escuta e do compartilhamento de vivências. Deve-se encorajar cada vez mais os profissionais de saúde da Atenção Básica a trabalhar com grupos com proposta aberta de fala e de escuta, visto que demonstrou ser uma tecnologia de cuidado com diversas potencialidades.
Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

Abstract

The mental health groups developed in basic care are constituted in an important device of the psychiatric reform. Although mental health groups are similar regarding theme, they are different in the way of conducting work. The majority of groups is still focused on a medical outlook, especially on the renewal of controlled medical. This essay's objective was to describe the themes discussed in the mental health group at Lomba do Pinheiro Basic Health Unit, in Porto Alegre city. This research took place in an explorative study with qualitative approach and the data was collected through observations by participating and notes in a site

visit diary. The method used to process the information obtained throughout the process was analyzing content, in its theme analysis mode. The study demonstrates that the themes discussed in the group could be classified in four categories: family, psychic suffering, support network and violence. Furthermore, it was possible to identify that despite the subject raised by participants, the groups function as a device that contributes to socializing and to forming a network of mutual support, built from listening and experience sharing. Health professionals in basic care must be encouraged to work with groups with an opening for talking and listening, given that it proved to be a technology of care with several possibilities.

Keywords: Mental Health; Basic Care; Health Promotion.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica consolidou uma quebra ao paradigma clássico centrado no médico, atribuindo uma nova posição para a loucura, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado. Com esse Modelo Psicossocial, as terapias saem do olhar medicamentoso exclusivo e o indivíduo ganha destaque como participante principal no tratamento, sendo a rede familiar e, ocasionalmente, um grupo mais ampliado também incluídos como agentes fundamentais do cuidado em saúde.¹

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e Atenção Básica. As experiências de interiorização e descentralizações das ações de saúde pública, através da Unidade de Saúde da Família (USF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na USF. O conceito de território presente na USF

estabelece uma forte relação com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da Atenção Básica. Dessa forma, torna-se possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-principal, e uma das ferramentas utilizadas para atingir esse “novo modelo” são os grupos de saúde mental.²

Os grupos de saúde mental desenvolvidos na Atenção Básica se constituem em um dos principais dispositivos da reforma psiquiátrica. As intervenções nesses grupos buscam fortalecer o modo de atenção psicossocial, apostando no resgate da singularidade de cada usuário, investindo no comprometimento com seus sintomas e tratamento e incentivando seu protagonismo. Tais movimentos incitam a ruptura com a lógica da identificação dos sujeitos com a doença e com a concepção de cura restrita à solução medicamentosa. Ainda, procuram auxiliar na construção de outros laços sociais, para além do grupo, apostando na força do território e da cidade como alternativas para a reabilitação psicossocial.³

Grupos

Existem diversos tipos de grupos e suas diferenciações se dão quanto aos seus objetivos. Alguns deles podem ser de oferecer suporte, socializar e melhorar seu autocuidado. No suporte, pode auxiliar durante período de ajustamento a mudanças no tratamento de crises, por exemplo, grupos com familiares de pessoas hospitalizadas. O coletivo com o objetivo de socializar pode ajudar no fortalecimento dos vínculos sociais, um grupo de aposentados, por exemplo. Para melhorar o autocuidado ajudar pessoas a alterarem ou

buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos através de trocas de experiências. São exemplos os que se constituem de pessoas com hipertensão e diabetes.⁴

O trabalho de grupos na Atenção Básica é uma alternativa para as práticas assistenciais. É uma atribuição da equipe no Programa de Saúde da Família e costuma ser orientado pelas ações programáticas, modelo hegemônico de organização da USF, centrado nos grupos prioritários de doenças/ agravos: grupo para pessoas com diabetes, hipertensão; atividade física; planejamento familiar; grupos de adesão medicamentosa, entre outros. Os objetivos são de gerar impactos nos indicadores na perspectiva da educação em saúde, comumente baseada num paradigma de transmissão do saber-fazer profissional. Se, por um lado, as propostas desses grupos organizam um modelo amplamente difundido, por outro, esgota-se a possibilidade de diálogo devido à manutenção da repetição do discurso, centrado no saber profissional.⁵

Grupo da USF Lomba do Pinheiro

A USF Lomba do Pinheiro, localizada em um bairro de extrema vulnerabilidade social na cidade de Porto Alegre/RS, conta com uma grande quantidade de usuários atendidos que tomam medicação controlada por conta de depressão e ansiedade. Em 2014, iniciou na USF, um grupo de saúde mental, priorizando a fala e a troca de vivências. Intitulado pelos próprios participantes de grupo “Unidos”, é realizado todas as quartas feiras, com uma hora de duração, e tem como objetivo minimizar os problemas psicológicos que estão atrapalhando ou impedindo o desenvolvimento humano integral. Também serve como um espaço de escuta e troca de vivências. O grupo é aberto, dedicado para adultos, e propicia um momento de conversa livre sobre a vida, angústias e

sentimentos de cada um, incentivando a reflexão sobre si mesmo e buscando o bem estar mental dos participantes.

A coordenação do grupo fica por conta do Técnico de Enfermagem da equipe e também conta com a participação de um Residente de Psicologia e de uma Agente Comunitária de Saúde. O grupo teve média de participação, entre os meses de maio de 2014 e março de 2015, de 10 pessoas por grupo, demonstrando alta adesão dos usuários.

Grupos e suas especificidades

Apesar de se assemelharem na temática, os grupos de saúde mental na Atenção Básica podem se diferenciar no manejo e na proposta de trabalho. A maioria dos grupos ainda está voltada para um olhar medicamentoso, focadas principalmente em renovação de receitas médicas controladas enquanto outros trabalham com uma proposta mais aberta, incentivando o diálogo e a troca de vivências.³ Há escassez na literatura sobre estudos que se debruçam nos temas discutidos nesses grupos e quais as principais demandas que preenchem os discursos dos usuários. Dessa forma, na tentativa de preencher essa lacuna encontrada na literatura, o presente estudo objetivou descrever os temas discutidos no grupo de saúde mental da USF Lomba do Pinheiro. Mais especificamente, objetivou responder as seguintes perguntas:

- Quais os temas mais recorrentes trazidos pelos participantes do grupo de saúde mental da USF Lomba do Pinheiro?;
- Quais as demandas de ações em saúde mental levantadas a partir das intervenções dos participantes do grupo?

Método

Participaram deste estudo 12 usuários do grupo “Unidos” (10 mulheres e 02 homens), com

idade média de 59 anos. Os dados foram coletados durante a realização do grupo “Unidos” mediante autorização dos participantes. Antes do início de cada grupo foi explicado sobre a pesquisa e a participação foi voluntária, porém ressalta-se que não houve recusas. A coleta foi realizada no período de julho a agosto de 2015, em 06 encontros,

constituindo-se aproximadamente 06 horas de observação participante. Não houve realização do grupo em duas datas devido a combinação entre profissionais e usuários de que não ocorra a atividade em dias de chuva. Em APÊNDICE A (Perfil dos participantes) e APÊNDICE B (Informação sobre os encontros) seguem dados mais detalhados.

APÊNDICE A – Perfil dos participantes

Sexo	n	%
Feminino	10	83%
Masculino	2	17%
Total	12	100%

APÊNDICE B – Informação sobre os encontros

Grupo	Profissionais presentes	Usuários presentes
1	3 Residentes* (Enfermeira, Fisioterapeuta, Psicóloga) 2 profissionais da USF Lomba do Pinheiro: Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde	3 (2 mulheres e 1 homem)
2	2 Residentes (Fisioterapeuta e Psicóloga) 1 profissional da USF Lomba do Pinheiro: Agente Comunitário de Saúde	6 (5 mulheres e 1 homem); sendo 04 usuários que não vieram no grupo anterior
3	2 Residentes (Fisioterapeuta e Psicóloga) 1 profissional da USF Lomba do Pinheiro: Agente Comunitário de Saúde	10 (9 mulheres e 1 homem); sendo 04 usuários que não vieram nos dois grupos anteriores
4	1 Residente (Psicóloga) 1 profissional da USF Lomba do Pinheiro: Técnico de Enfermagem	04 (3 mulheres e 1 homem); todos já compareceram em pelo menos um dos três grupos anteriores
5	3 Residentes(Enfermeira, Fisioterapeuta, Psicóloga) 1 profissional da USF Lomba do Pinheiro: Agente Comunitário de Saúde	3 usuários (1 mulher e 2 homens); sendo 01 usuário que não veio nas ultimos quatro grupos anteriores.
6	3 Residentes (Enfermeira, Fisioterapeuta, Psicóloga) 2 profissionais da USF Lomba do Pinheiro: Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde	8 usuários (7 mulheres e 1 homem); todos já compareceram em pelo menos um dos cinco grupos anteriores.

* Há uma combinação entre profissionais da USF Lomba do Pinheiro e usuários que em dias de chuva não há grupo, por isso em algumas datas não houve encontro, visto que a coleta foi realizada em período chuvoso do inverno gaúcho.

** Residentes do 1 ano da Escola de Saúde Pública - Ênfase Atenção Básica

Esta pesquisa constituiu-se em um estudo exploratório com abordagem

qualitativa. A pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo das relações, das percepções, das

representações, das crenças, das opiniões, das interpretações de como os seres humanos vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, como pensam e o que sentem.⁶ Foram utilizados como recurso de coleta de dados a observação participante e o registro das observações e dos discursos em diário de campo durante a realização do grupo “Unidos” da USF Lomba do Pinheiro. Para compreender como o fenômeno se apresenta na prática é importante a técnica de observação que possibilita a aproximação entre os pesquisadores e participantes.⁷ O método observatório participante foi registrado em forma descrita pelo pesquisador observador no Instrumento Diário de Campo, com anotações relevantes a pesquisa.

O método utilizado para trabalhar as informações obtidas ao longo do processo de coleta de dados foi a análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática, do material do diário de campo e da observação participante. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo discursivo dos participantes, justificou-se por ser bastante pertinente à análise do material produzido e pela sua eficácia na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.⁸

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Parecer número 1.057.587) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer número 1.127.909). Além disso, a pesquisa atendeu todas as questões éticas envolvendo seres humanos. Como princípio básico, o pesquisador explicou aos participantes os objetivos da pesquisa, ressaltando seu caráter confidencial, colocando-se à disposição para responder quaisquer dúvidas. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa durante o grupo “Unidos”, mas a participação foi totalmente voluntária e foi explicado que os participantes que não desejassem participar deste estudo ou que desistissem de participar durante o processo não teriam seus discursos registrados no diário de campo e não sofreriam nenhum prejuízo no atendimento que recebem no grupo e nos serviços prestados na USF Lomba do Pinheiro. Após a aceitação dos participantes, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura. Os nomes dos participantes não serão revelados no trabalho e nas demais publicações científicas derivadas do projeto.

Resultados e Discussão

Quanto aos temas mais discutidos no grupo “Unidos”, evidenciaram-se quatro

categorias: **família, sofrimento psíquico, rede de apoio e violência** no bairro Lomba do Pinheiro.

Família

Nessa categoria englobam duas subcategorias: **conflitos familiares e relação neto/avó**. Com relação a **conflitos familiares**, os discursos trazidos diziam respeito a atritos entre mães e filhas:

“Briguei e ainda brigo muito com a minha filha. Nós duas temos o gênio difícil, então pra dar uma briga é muito fácil.”

“Minha filha tá desempregada, tá morando comigo e do jeito que tá, não da mais [...] não conseguimos viver com muito tempo que já nos bicamos.”

Os discursos de conflitos sempre foram trazidos por mães de filhas adultas, indicando que os atritos entre pais e filhos continuam mesmo depois da maturidade dos filhos. Um estudo realizado⁹ em um grupo de Terapia Comunitária já demonstrava esses relatos também. Segundo os autores, os conflitos entre pais e filhos mesmo na idade adulta indica uma quebra da estrutura e do respeito familiar, provocando sentimentos de tristeza, desamparo, desprezo, solidão e abandono para os pais.

A **relação neto/avó** foi um tema predominante nos grupos e que apareceram em mais de um encontro:

“Cuido dos meus netos todos os dias, a mãe dele larga ele de manha lá em casa e só busca de noite [...] eu gosto muito, é uma diversão na casa.”

“Ela [neta] mora comigo e agora pra ajudar tá grávida; mais uma boca pra alimentar. E ela diz que não vai conseguir criar a criança sozinha, vai sobrar tudo pra mim.”

Com esses discursos percebe-se um aumento do número de avós se responsabilizando e cuidando cada vez mais dos seus netos. Esses dados corroboram com a literatura que se debruça sobre essa questão. O número de indivíduos de meia-idade e idosos que deixam de ser simplesmente avós para assumir papéis de pais diante de seus netos tem aumentado nas últimas décadas devido a causas variadas como alterações demográficas e mudanças nos arranjos familiares e nos valores sociais. Os efeitos dessa mudança pode configurar-se com aspectos positivos – satisfação em prover a nova geração, senso de renovação pessoal e dever cumprido, ter companhia e afastar o sentimento de solidão – e negativos – queda na qualidade da saúde física e emocional, alterações na vida social e familiar, sobrecarga financeira e estresse.¹⁰ O

aumento de compromisso dos avós com seus netos podem aumentar o risco de depressão, pelo excesso de responsabilidades, e de conflitos familiares.⁹

Sofrimento Psíquico

Essa categoria engloba subcategorias como depressão e tentativa de suicídio. A depressão foi a doença mais citada entre os participantes do grupo. Os relatos se concentraram em relação à desmotivação, tristeza e sobre a importância em tomar a medicação para controlar os sintomas. O acompanhamento da doença na USF também foi citado:

“Fui diagnosticado com depressão ano passado. Não tinha vontade de fazer nada, só dormir e ficar no escuro. Nunca tinha passado por isso, mas o histórico na minha família é grande.”

“Tomo antidepressivo, faço tratamento com a médica do posto [...]. Tem dias que fico triste, com vontade de chorar, não posso ficar sem tomar os meus remédios.”

A tentativa de suicídio foi tema em pelo menos 2 encontros. Importante ressaltar que foi um assunto que mobilizou todos os participantes presentes e os relatos trouxeram detalhes da tentativa, mas sempre carregado de arrependimento e uma sensação de que não tomariam mais essa decisão:

“[...] já tentei uma vez, quando meu filho morreu. Pensei vou me atirar na frente do ônibus e me livrar desse sofrimento. Atravessei a rua sem olhar pro lado, mas só ouvia os carros freando. Não me aconteceu nada. Depois não me passou mais pela cabeça fazer isso.”

No Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes.¹¹ Os resultados deste estudo também indicam uma necessidade das Equipes de Saúde da Família se especializarem cada vez mais em assuntos relacionados a saúde mental, pois a maioria dos participantes realizam o tratamento do seu sofrimento psíquico na Atenção Básica.

Em um estudo,¹² concluiu-se que os profissionais da Atenção Básica precisam receber melhor preparação para atender os pacientes com problemas de saúde mental e para orientar seus familiares. Outros estudos^{13, 14} apontaram para essas mesmas conclusões, a partir de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com profissionais da Atenção Básica, respectivamente. É necessário intervir visando aumentar a participação ativa e a responsabilidade dos pacientes com o próprio tratamento, a fim de evitar o abandono dos

medicamentos e as consequentes hospitalizações repetidas.¹²

Rede de apoio

A importância e a valorização do grupo foi outro tema levantado pelos participantes. Em muitas situações, os participantes comentavam que o grupo era uma oportunidade para estabelecer vínculos com pessoas diferentes:

“[...] Tava triste, ansiosa e fui na casa da [nome de outra participante do grupo] pra me acalmar, respirar, assisti a novela lá e depois fui embora. Ela fez até chá pra mim.”

Quanto ao apoio, foi levantado sobre a importância de conseguir falar e ser ouvido no grupo, criando uma teia de ajuda entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais:

“Aprendo muito aqui, porque o que eu to sentindo pode ser que outro já sentiu e falar como saiu, o que fez pra melhorar e assim a gente vai se conhecendo e um apoiando o outro.”

“Aprendi com o grupo que pra ficar bem temos que colocar pra fora tudo que ta nos angustiando, nos fazendo sofrer [...], se ficar guardando só piora.”

A visão do grupo como um local fomentador de construção de uma rede de

apoio vai ao encontro da literatura sobre essa temática. Os grupos constituem como um espaço de escuta, reflexão e compartilhamento de experiência, construindo uma teia de relação social entre os usuários, visando soluções para os conflitos de cada um.⁹ Além disso, beneficiam as relações interpessoais, a formação de redes sociais solidárias como subsídio para soluções dos problemas vivenciados. Os resultados deste estudo também acompanham os resultados de pesquisas envolvendo grupos na Atenção Básica, que mostram esse dispositivo como um excelente recurso de promoção de saúde e de socialização entre os usuários. De igual modo, mostra que há outros recursos a serem explorados além da medicação, pois os grupos contribuem significativamente para a melhoria da saúde mental e diminuição do sofrimento emocional.⁵

Violência

O aumento de violência no ano de 2015 em Porto Alegre, mais especificamente em alguns bairros como na Lomba do Pinheiro, influenciou a temática em diversos encontros. Em pelo menos 03 grupos, o tema violência foi levantado pelos participantes e todos demonstravam consternação e preocupação com a insegurança no bairro:

“Eu nunca tinha visto tanta notícia de violência no nosso bairro...”

“Escurece e eu não saio mais de casa...”

A maioria associava o aumento de violência no bairro com o tráfico de drogas na região e relatos de conhecidos envolvidos com drogas também foi frequente:

“O que ta acontecendo é resultado do trafico aqui no bairro [...] e tem um grupo da Restinga que quer descer para Lomba e ta dando tudo isso, até toque de recolher [...]

A exposição a eventos violentos seja pela mídia ou pelo meio em que as pessoas moram podem acarretar em danos emocionais devido ao medo e à sensação de insegurança. Quanto mais hostil forem as notícias e o ambiente maiores as probabilidades de transtornos emocionais, como ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós traumático.¹⁵

Considerações finais

Através do estudo, ficou constatado quatro eixos de assuntos mais discutidos no grupo de saúde mental da USF Lomba do Pinheiro: família, sofrimento psíquico, rede de apoio e violência. Com os resultados levantados pela pesquisa, aponta-se para a necessidade dos profissionais da Atenção Básica a ficarem atentos a esses temas, visto que as mudanças

na estrutura familiar nos últimos anos e as situações frequentes de violência no território vem causando sofrimento emocional e psíquico nas pessoas, sendo imprescindível um olhar integral para compreender os motivos dos desajustes emocionais de quem procura ajuda.

Porém, mais do que especificar os temas discutidos no grupo, foi possível com esse estudo apontar que, independente do assunto levantado pelos usuários, o grupo é importante para a formação de uma rede de apoio que ajuda a superar diferentes situações e empecilhos que estejam atrapalhando ou interferindo no desenvolvimento humano integral. Reforça-se a necessidade de mais pesquisas nessa área no Brasil e os achados desse estudo sugerem alguns temas que podem ser investigados posteriormente, por exemplo, como os profissionais estão se organizando e realizando os acolhimentos em saúde mental na Atenção Básica.

Perceber a potencialidade e a possibilidade de apoiar e ser apoiado implica em resultados positivos na saúde mental.⁹ Espera-se que os dados obtidos nesse estudo possam ser úteis aos profissionais da saúde, fortalecendo-os para trabalhar com grupos em que ocorra a valorização da escuta e do cuidado entre os pares.

Referências

1. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10): 2375-84.
2. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(1): 139-48.
3. Minozzo F et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal rev psicol*. 2012; 24(2): 323-40.
4. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS* 2009; 12(2): 221-27.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica nº 34*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2ed. São Paulo: Cortez; 2000.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
9. Rocha IA et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enf*. 2009; 62(5): 687-94.
10. Lopes ES, Neri A, Park MB. Ser avós ou ser pais: os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos envelhecimento*. 2005; 8(2): 30-32.
11. Santos V. A reforma psiquiátrica no Brasil. [Internet] jul./ago. 2008. [citado em: 15 out 2015]. Disponível em: <<http://www.hebron.com.br/Revista/n36/materia1.htm>>.
12. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. *Rev Latinoam Enf*. 2006; 14(2): 163-69.
13. Nascimento AM, Braga AB. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1): 84-93.
14. Souza RC, Catena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2):173-79.
15. Ballone GJ. Transtorno de estresse pós-traumático. [Internet] [citado em: 10 out 2015]. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>.

ARTIGO ORIGINAL

PROPOSTA DE AÇÕES EM SAÚDE PARA A TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA ATUAÇÃO DO SANITARISTA

Proposal of health activities for elderly: a report based on the experience of a collective health professional

Vera Lúcia Cabreira de Lima

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: vera3luis@gmail.com.

Évelin Maria Brand

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: evelinmbrand@gmail.com.

Bibianna de Oliveira Pavim

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Biomédica formada Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Resumo

Objetivo: Apresentar a construção de um projeto de intervenção para a terceira idade, com ações cujas ênfases foram a promoção de uma vida mais saudável, e o reconhecimento do idoso como um cidadão ativo no processo do cuidado com a saúde e do envelhecimento. **Métodos:** Realizou-se o mapeamento de unidades de saúde que realizam grupos de idosos em Porto Alegre. Algumas destas unidades foram visitadas. Como técnica de coleta de informações utilizou-se a observação participante e a condução de entrevistas. Paralelamente a isso, foram realizadas leituras sobre envelhecimento saudável e técnicas de condução de grupos de convivência para idosos. **Resultados:** Planejou-se uma lista de atividades que foram desenvolvidas num grupo de idosos. Foram contatados voluntários para a condução de atividades, as quais necessitavam de habilidades artísticas específicas. As demais técnicas e

E-mail: bibipavim@gmail.com.

Maiko Sarmento da Silva

Acadêmico de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: maiko.sarmento@ufrgs.br.

Luciana Barcellos Teixeira

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: luciana.bteixeira@gmail.com.

atividades foram desenvolvidas pelas autoras e equipe de saúde. Todas as atividades foram discutidas com a equipe de saúde e com os participantes antes de serem implementadas. As atividades foram avaliadas, posteriormente, pelos profissionais e pelos idosos participantes. **Considerações finais:** Nesta experiência, os espaços de grupos deixaram de ser um encontro para resolver problemas relacionados ao adoecimento, consolidando-se como um espaço de produção de saúde e de formação de vínculo profissional/usuário e entre os participantes. Recomenda-se a realização de atividades como as apresentadas nessa proposta, tendo em vista a necessidade de transformação dos espaços tradicionais de saúde e a necessidade de espaços de produção de saúde fora dos serviços tradicionais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde do idoso; Socialização; Qualidade de vida; Promoção da saúde.

Abstract

Objective: To present a project designed for elderly consisting of activities that emphasized the promotion of a healthier life and the recognition of them as active players in the process of health care. **Methods:** After the health care facilities that held groups of elderly people in Porto Alegre had been mapped, some of them were visited. Interviews were carried out and participatory observation was performed to collect data. Simultaneously, healthy aging and interaction techniques for elderly groups were researched. **Results:** A list of activities was planned and performed in a group of elderly people. Volunteers were invited to perform activities that required specific artistic skills, whereas the authors and the health care team performed those that didn't. All activities were not only discussed with health care teams and participants before taking place, but also evaluated after that. **Final considerations:** In this experience, group meetings moved on from being mere occasions to solve problems related to illness to become opportunities to promote health and bonds between professionals and users, as well as among the users themselves. Activities such as those presented in this article are highly recommended in order to improve the conventional health care services as well as to create situations to promote health outside conventional facilities.

Keywords: Aging; Health of the elderly; Socialization; Quality of life; Health promotion.

Introdução

A transição demográfica, conceito da dinâmica do crescimento populacional, visto a melhoria e ampliação da medicina, processo de urbanização e avanço tecnológico, é uma realidade mundial desde o século XX, posterior a revolução industrial e decorrente da melhora na qualidade de vida, marcada pela diminuição nas taxas de natalidade e de mortalidade, redução do crescimento populacional, aumento da expectativa de vida, e, conseqüente, aumento da população idosa. Considera-se idosa a pessoa com mais de 65 anos em países desenvolvidos e pessoas com mais de 60 anos em países subdesenvolvidos. No Brasil, estima-se que em 2050 o grupo de jovens com até 14 anos

representará 13,15% da população, enquanto que o grupo de idosos corresponderá a mais de 22,71% da população brasileira. Este quadro de transição transforma a estrutura populacional, surgindo novas demandas sociais, para as quais o setor saúde necessita dar respostas.^{1,2,3}

O envelhecimento do ser humano é um processo com diversos fatores que resulta em alterações neurológicas, estruturais, funcionais e químicas. Segundo Santos, Andrade e Bueno,⁴ o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo e nem está associado à existência de uma doença. Observando este processo da vida, a velhice não é um período caracterizado por perdas e limitações. Embora aumente a probabilidade de doenças e limitações biológicas, é possível manter e aprimorar a funcionalidade nas áreas física, cognitiva e afetiva.⁵

As políticas públicas têm como desafio o envelhecimento populacional, em especial nos países em desenvolvimento, como o caso do Brasil. Em países desenvolvidos, esse fenômeno iniciou-se no período pós-revolução industrial, foi contínuo e proporcional ao crescimento econômico, o que proporcionou, também, avanços nas políticas de proteção social. Contudo, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional teve um início mais tardio, sendo que no Brasil iniciou-se a partir de 1970 e está ocorrendo de forma mais acelerada em cenários com crescimento econômico estagnado. Tal condição restringe os avanços de políticas de proteção social necessárias para dar respostas a esse fenômeno.^{3,6,7}

A população idosa apresenta mais problemas de saúde que a população em geral. Em 1999, 86,5 milhões de pessoas declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, sendo que 73,2% eram maiores de 65 anos.⁸ A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam na qualidade de vida desta população e que, por sua vez, depende das políticas públicas integradas e efetivas.⁹ Estudos

demonstram barreiras que impossibilitam o cuidado efetivo da atenção básica para com a população idosa, como a restrição do acesso, falta de uma rede de atenção articulada, oferta de serviços limitada e equipes de saúde despreparadas para atender as particularidades da pessoa idosa.^{3,10}

A atenção à saúde do idoso enfrenta o desafio de oferecer à pessoa idosa a qualidade de vida necessária para que ela envelheça e viva sua própria vida.¹¹ Um estudo comprovou que aproximadamente 40% do tempo de vida dos idosos no Brasil ocorre sem saúde.¹² Objetivando melhorar a qualidade de vida no decorrer do processo do envelhecimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o conceito “envelhecimento ativo”, que abrange diversos aspectos, os quais atingem o envelhecimento, como a qualidade de vida.^{11,13} A longevidade com qualidade de vida é um ideal convergente a premissas da promoção da saúde, uma ideia antiga na saúde pública que, nas últimas duas décadas tem sido apontada como estratégia mais ampla para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo.¹⁴

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa instituída em 2006 no Brasil, definiu que a Atenção Básica é a porta de entrada para o atendimento e assistência à saúde da população idosa.^{10,15} Os serviços de saúde, especialmente da atenção básica, precisarão, nos próximos anos, se adequar para o atendimento aos idosos, independente do modelo de atenção, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF). Como estratégia de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, uma possibilidade serão os grupos de convivência, os quais consistem em espaços dentro dos serviços de saúde, visando especialmente melhorar a qualidade de vida dos idosos. Segundo alguns estudos, os grupos de convivência para a terceira idade fornecem atividades a seus participantes, que são relevantes para o desempenho de um envelhecimento mais satisfatório.^{16,17,18}

Apesar de não termos como estacionar o processo da vida - o envelhecer, o envelhecimento pode ser vivido com qualidade. Nessa perspectiva, os grupos de convivência podem proporcionar atividades de lazer e vínculo afetivo entre seus integrantes e a equipe, constituindo-se assim, como um conjunto de ações que visam melhorar a saúde da terceira idade. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de elaboração de um projeto de intervenção em saúde para a terceira idade, a partir de um grupo de convivência.

Caminho metodológico

Partindo da premissa de que estar velho não significa estar excluído nos diversos ambientes da sociedade, as atividades propostas neste projeto de intervenção incentivam o relacionamento entre as pessoas e a circulação por espaços de produção de saúde e bem-estar. Por se tratar de um projeto de intervenção que foi executado, este trabalho não comportou uma metodologia de pesquisa propriamente em todos os seus aspectos. No entanto, ao elaborar o caminho metodológico para desenvolver o produto final, foi necessário o aprofundamento de leituras sobre metodologia de pesquisa e a utilização de técnicas de coleta de dados, com vistas ao registro das experiências sobre grupos.

Como o foco da pesquisa qualitativa são os processos vivenciados pelos sujeitos, este trabalho utilizou duas ferramentas (técnicas para coletas de dados) que fazem parte desta metodologia de pesquisa, para a produção de informações: (1) participação e observação em atividades de grupos de idosos e (2) entrevistas.

Dentre as características das técnicas de participação e observações, a técnica utilizada se assemelha à observação participante. Sabe-se que os graus de estruturação e de participação tendem a variar conforme o objetivo do levantamento. Como o objetivo era explorar a experiência dos grupos, a observação caracterizou-se como não estruturada e participativa, pois havia a premissa de que o observador participasse na atividade do grupo observado. Lobiondo-Wood e Haber¹⁹

recomendam que o observador não apenas olhe o que está acontecendo, mas que tenha uma visão treinada para buscar na observação algum tipo de acontecimento específico. No caso das observações realizadas, os acontecimentos específicos referiam-se ao grau de participação, satisfação e interação dos sujeitos frente às atividades propostas.

Conforme Rudio,²⁰ observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade. Para Barros e Lehfeld,²¹ observar significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto para adquirir um conhecimento claro e preciso. Dentro deste trabalho, a observação dos grupos tornou-se necessária para compreender as pessoas (idosos) inseridas nos grupos, as atividades propostas e a representação destas atividades e grupos para os participantes.

Na condução do trabalho de observação e participação, os dez passos citados por Licia Valladares²² foram cuidadosamente respeitados. Como não se tratava de um projeto de pesquisa, mas sim de construção de uma intervenção, o tempo de negociação citado pela autora foi de rápida pactuação. Cabe ressaltar, que cuidados foram tomados para que alguns pressupostos metodológicos fossem mantidos, como (a) a justificativa da presença, (b) a interação com o grupo e (c) o respeito à diferença. A justificativa de presença traduzia-se pelo próprio objetivo do trabalho da autora. A interação com o grupo ocorria quando a observação se transformava em participação nas atividades propostas. O respeito à diferença ocorreu na medida em que a autora não procurava se igualar ao grupo, mas demonstrava que estava no grupo por objetivos diferentes dos demais, respeitando as especificidades de cada participante.

As visitas em unidades de saúde foram previamente agendadas com a coordenação de cada unidade. No dia da visita, foi solicitada autorização para coleta de informações, anotações e para participar e observar o grupo de idosos. A autorização foi solicitada para a

coordenação, para o profissional de saúde que conduzia a atividade, bem como para os demais participantes, com a explicação prévia de que se tratava de uma vivência para acúmulo de experiências e posterior realização de um projeto de intervenção para idosos.

Em relação às entrevistas realizadas, pode-se classificá-las como entrevistas não estruturadas, uma vez que elas não possuíam roteiros prévios e o objetivo principal era coletar informações acerca da participação do (a) idoso (a) no grupo, logo após a realização de alguma atividade. O trabalho da autora era explicado e, logo em seguida, ocorria o convite para a entrevista. A questão disparadora era: “gostaria de saber alguma informação que a senhora considera importante e pudesse me contar sobre este grupo para idosos”. As entrevistas foram transcritas e trechos são apresentados nos resultados.

Resultados e discussão

Foram realizadas visitas aos grupos de idosos de seis unidades de saúde. Durante as observações dos grupos, registrou-se a variabilidade no que tange a idade dos participantes, entre 60 e 98 anos, e especificidades quanto às limitações físicas produzidas por determinados processos de adoecimento. Em geral, os grupos de idosos reúnem-se semanalmente, com encontros que variam de uma até três horas. A quantidade de participantes varia de 10 até 100 idosos, dependendo do tipo de atividade proposta. A coordenação das atividades é compartilhada pela equipe de saúde. Predominam atividades recreativas com estímulo de memória e habilidades motoras, como oficinas de trabalhos manuais, além de atividades tradicionais como palestras, para abordagens de cuidados com a saúde. Alguns grupos realizam passeios com o objetivo de estimulação da saúde a partir do contato com a natureza e atividades que estimulem a consciência corporal. Confraternizações em datas festivas foram observadas em todos os grupos visitados.

Atividades intersetoriais também são desenvolvidas, a partir de parcerias estabelecidas com instituições ou estabelecimentos próximos à unidade, envolvendo as áreas da educação e da segurança pública.

Em relação às atividades tradicionalmente ofertadas, como palestras de prevenção, registrou-se a insatisfação de alguns participantes quanto aos conteúdos e formas tradicionais de abordagens. A partir dessas observações e aproximações iniciais, também foram solicitadas aos participantes propostas que considerassem significativas para um grupo de idosos, a fim de compor a lista de atividades deste projeto de intervenção.

Para melhor compreensão do significado de participação nos grupos para os idosos e da relação das atividades com a saúde e qualidade de vida, foram conduzidas sete entrevistas. Todas as entrevistas foram com mulheres, que se voluntariaram. Apesar de todas as entrevistadas terem consentido formalmente as entrevistas, seus dados e imagens para o trabalho, optou-se em manter a confidencialidades das informações. Desta forma, os nomes das participantes foram alterados.

Tulipa, 68 anos, integrante do grupo A: “(...) o doutor com que consulto me recomendou que viesse participar das reuniões do grupo, às quartas-feiras, já que fico muito só em casa, sinto solidão. (...) aqui dentro me sinto bem, acolhida, gosto das reuniões e das atividades, das brincadeiras com as colegas, as danças me deixam animada. (...)”.

Petúnia, 74 anos, integrante de grupo na UBS A “(...) gosto das amizades que fiz aqui no posto e me sinto integrada ao grupo. Fui convidada pela amiga Ilza para conhecer o grupo e gostei, vindo desde então, há 4 anos. Aqui eu aprendo sobre música e dança, toco gaita e teclado e acho que a música e a dança são caminhos para as pessoas se soltarem e gostarem do grupo (...)”.

Rosa, 84 anos, integrante de grupo na UBS B: “(...) apesar de usar bengala, acho que participo bastante. (...) gostei muito da oficina de tango, fiquei bastante emocionada ao lembrar os bailes da juventude, época em que ganhei prêmios de dança de salão, até esqueci a bengala pra dançar, essa oficina deveria ter sempre, afinal o posto existe pra gente ter saúde né (...)”.

Bromélia, 80 anos, integrante de grupo na UBS B: “(...) antes, frequentava o grupo de idosos de outro local. Sentia-me muito só, sem ter com quem conversar né, mas sem atitude pra sair de casa, mesmo morando aqui nas proximidades do posto. (...) após vir a frequentar as reuniões do por sugestão da médica, agora me sinto mais útil, posso trocar ideias sabe? (...), interagir e conhecer pessoas, na outra semana fizemos uma atividade com fotos que foi bem legal (...)”.

Begonha, 67 anos, integrante de grupo na UBS C: “(...) to a pouco tempo no grupo, a convite da assistente social. Já tive 2 AVC (...) e também eu moro meio distante sabe? Desde que entrei aqui já fiz novas amigas. Eu acho importante as palestras que falam da saúde na terceira idade. Gosto das que falam sobre qualidade de vida, as de doenças são chatas sabe. Esses dias teve uma atividade com foto aqui, foi muito emocionante, mostrei fotos da minha família no grupo (...)”.

Hortência, 65 anos, integrante de grupo na UBS D: “(...) há 18, tenho esclerose múltipla, cheguei a ficar em uma cadeira de rodas e pesar noventa quilos. Quando eu fiz 60, entrei para o grupo e uma das primeiras palestras que assisti foi sobre os malefícios do colesterol e sobrepeso. Após a palestra, me senti motivada a procurar a nutricionista e começar um programa de emagrecimento. Hoje peso setenta quilos (...)!”

Margarida, 82 anos, integrante de grupo na UBS E: “(...) estou viúva. Eu estava em depressão quando amigas me convidaram para frequentar o grupo (...) hoje me sinto muito feliz por ter sido bem acolhida e pelas amizades, isso é muito importante pra mim (...). Eu uso um marca-passo,

mas até dançar eu danço. Eu amo de paixão isso aqui (...), as amizades, as brincadeiras (...).”

Em quase todas as entrevistas, aparece o destaque para as atividades de dança, a qual está presente desde os primórdios como forma de manifestação natural e ritual, promovendo o desenvolvimento integral do ser humano. A dança pode ser caracterizada como uma expressão corporal em que vivenciamos emoções, liberdade e autonomia.²³ Naturalmente, o envelhecimento produz uma perda progressiva das aptidões funcionais, diminuindo a capacidade motora. Frente a esse processo, alguns idosos podem experimentar sentimentos negativos da percepção de sua imagem, relacionados com a incapacidade e dependência física. Neste contexto, as atividades de dança podem estimular a capacidade motora e significar a retomada da autonomia.²⁴

De maneira geral, as falas trazem informações relacionadas ao conceito ampliado de saúde, que remetem à importância do envelhecimento ativo, pois emergem as expressões de bem-estar físico e mental e sensação de liberdade ao participar das atividades dos grupos.²⁵ A convivência no grupo, também pode ser uma forma de romper com o cotidiano da vida familiar na terceira idade. A interação social com outros indivíduos da mesma idade pode ser uma oportunidade de criação de novos vínculos e laços de amizade. Nesse sentido, cabe destacar que as redes de relações são importantes fontes de suporte social e estão relacionadas ao senso de bem-estar e, conseqüentemente, à qualidade de vida.²⁶

As oficinas de fotografias também foram citadas nas entrevistas. A fotografia proporciona aos idosos representarem o olhar que estes possuem a cerca do mundo que os circunda, viajando e rompendo as barreiras do tempo, representando uma variedade de sentimentos, de ambições e projetos de vida.²⁷

Toda foto está marcada por uma intenção de ação, seja ela oriunda do próprio

fotógrafo, ou demandada por outros, e, após sua materialização, revelada ou impressa, é também marcada pelos sentimentos que provocou, as memórias que fez emergir, os lugares que ocupou.²⁷

Embora não esteja ilustrado nos trechos descritos, observou-se durante as visitas, que as atividades que envolvem o preparo de lanches e alimentos, como confraternizações, são de grande valorização por parte dos idosos, especialmente pelas mulheres, que se utilizam destes espaços para apresentar aos demais integrantes do grupo as habilidades culinárias, desenvolvendo receitas e pratos especiais, como forma de estreitar as relações de vínculo e de afeto no grupo, fruto das questões culturais e comportamentais que são explicadas pela antropologia.²⁸

Dentro da proposta de intervenção desenvolvida, considerou-se (1) a adequação de atividades para pessoas com algum tipo de comprometimento, especialmente no sentido de locomoção, e (2) a preocupação de criar atividades que estimulassem o bem-estar e convívio aos participantes, dando ênfase para a qualidade de vida e a promoção de saúde, especialmente fora do ambiente tradicional da unidade básica de saúde.

Considerações finais

A elaboração de uma proposta de intervenção para a terceira idade precisa considerar diversos aspectos relacionados com o envelhecimento, especialmente as limitações decorrentes dos processos de adoecimento e os diferentes contextos sociais nos quais os idosos podem estar inseridos. Observou-se, que a participação dos idosos na escolha, organização e/ou execução das atividades para um grupo de convivência, estimula a construção coletiva e produz valorização da presença dos integrantes.

As atividades desenvolvidas para elaboração deste projeto, incluindo as vivências, observações, entrevistas e o desenvolvimento das

atividades, permitem concluir que os idosos, a partir do reconhecimento dos seus problemas de saúde e limitações decorrentes dos mesmos, buscam grupos de convivência com ambientes motivadores, que permitam o exercício da saúde plena, e não somente restrita a abordagem biológica, pois os participantes apontam o grupo como uma alternativa para amenizar a solidão e os sintomas depressivos.

Os espaços de grupos deixaram de ser um local para resolver problemas relacionados à doença, consolidando-se como um novo espaço de vínculo profissional/usuário e de vínculo entre os membros do grupo. Trata-se de um espaço de socialização de experiências, de busca de afetos e amizades e de atenção às suas carências, que possui como plano de fundo as discussões e orientações sobre a saúde. Os grupos de convivência são espaços potentes para mudanças de comportamento em saúde, visando estilos de vida mais saudáveis.

O desenvolvimento deste trabalho representou um grande desafio para a formação profissional do sanitarista, pois as atividades propostas neste projeto, dispostas no cronograma final (Quadro 1 e Quadro 2), foram desenvolvidas durante a realização de um estágio curricular em uma UBS. O êxito na execução deste projeto mostrou a potencialidade das atividades elencadas, através da reativação de um grupo de convivência em uma UBS, em que as atividades apresentaram excelente aceitação por parte da equipe e dos integrantes do grupo. Recomenda-se a realização de atividades como as apresentadas nessa proposta, tendo em vista a necessidade de transformação dos espaços tradicionais de saúde e a necessidade de espaços de produção de saúde fora dos serviços tradicionais que compõem a rede de atenção à saúde.

Quadro 1 – Proposta de atividades para o primeiro semestre de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa.

Atividades	Responsáveis
Boas Vindas. Confraternização.	Equipe e Estagiários
Trabalhando a memória: reflexões sobre as atividades do ano anterior.	Equipe
Explicação da metodologia de cada encontro do semestre, acolhimento de propostas.	Estagiários
Aniversário da Cidade de Porto Alegre. Apresentação de coral. Tarde de cantos.	Bacharel em Saúde Coletiva
Como está a saúde? Conversando sobre problemas de saúde.	Equipe
O que é o envelhecimento saudável?	Estagiários
Esclarecimentos sobre a vacina da gripe e orientações de cuidado para o inverno	Enfermeira e estagiário de enfermagem
Danças circulares.	Equipe
Oficina de alimentação saudável	Equipe e estagiários
Passeio no Catamarã. Homenagem ao Dia das Mães.	Bacharel em Saúde Coletiva
Visita ao Planetário.	Bacharel em Saúde Coletiva
Trabalhando a memória: Grupo Contação de Histórias.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Prevenção e quedas no domicílio.	Enfermeira e estagiário de enfermagem
Oficina Comunitária de Tango.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Artesanato: confecção de enfeites para Festa Junina.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Sessão cinema e pipoca. CineDebate.	Bacharel em Saúde Coletiva
Festa Junina. Comemoração dos aniversários do semestre.	Todos
Oficina de fotografia: relembando fotos e fatos.	Bacharel em Saúde Coletiva
Como está a saúde? Verificação de glicose e pressão arterial.	Estagiários
SAMU: atendimento de idosos e orientações.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Oficina de Reike.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Visita ao Museu de Ciência e Tecnologia da PUC.	Bacharel em Saúde Coletiva

Quadro 2 – Proposta de atividades para o segundo semestre de trabalho

Atividades	Responsáveis
Avaliação nutricional.	Nutricionista
Atividade educativa: informações sobre disfagia.	Fonoaudiólogo, Nutricionista e Enfermeiro
Passeio na Linha Turismo.	Bacharel em Saúde Coletiva
Danças circulares.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Semana da Pátria. Trabalhos manuais. Confecção de bandeiras.	Bacharel em Saúde Coletiva
Como está a saúde? Verificação de glicose e pressão arterial. Orientações.	Estagiários
Visita ao acampamento Farroupilha. Almoço no Piquete.	Bacharel em Saúde Coletiva
Dia Internacional do Idoso. Confraternização. Palestra sobre envelhecimento.	Equipe
Atividades de alongamento para a terceira idade.	Fisioterapeuta e Educador físico.
Piquenique saudável e apreciação da natureza. Local: Jardim Botânico.	Bacharel em Saúde Coletiva
Dramatização: situações de violência. Conversando sobre o tema.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva

PROPOSTA DE AÇÕES EM SAÚDE PARA A TERCEIRA IDADE

Fazendo amizades. Interação com o grupo UNITI (UFRGS).	Bacharel em Saúde Coletiva
Visita à Praça Província de Shiga.	Bacharel em Saúde Coletiva
Trabalhando a memória: Grupo Contação de Histórias.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Atividade educativa – chegando o verão: cuidados com a pele na terceira idade.	Médico
Oficina Comunitária de Tango.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Como está a saúde? Verificação de glicose e pressão arterial. Orientações.	Equipe
Oficina de fotografia: relembando fotos e fatos.	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Apresentação do Coro Feminino Donna Você	Convidados e Bacharel em Saúde Coletiva
Comemoração dos aniversários do semestre. Festa de Natal. Amigo Secreto.	Todos

Fonte: Dados da pesquisa.

Referências

1. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa: Tábuas completas de Mortalidade 2009. Brasília: IBGE; 2009.
2. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse de Censo Demográfico. [Internet] Brasília: IBGE; 2010. [citado em: 10 abr 2016] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>
3. Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis* (Rio J.). 2016 mar; 26(1):45-62.
4. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol estud.* 2009; 14(1):3-10.
5. Neri A (org.). *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995.
6. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, org. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 253-292.
7. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012; 21(4):539-548.
8. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(supl.1):3-6.
9. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev bras enferm.* 2010; 63(2):279-84.
10. Martins AB, D'Ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. ***Ciênc Saúde Coletiva.* 2014 ago; 19(8):3403-3416.**
11. Brasil. Ministério da Saúde (BR) *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Camarano AA, Kanso S, Melo JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
13. World Health Organization. *Acción sobre los factores sociais determinantes de la salud: aprender de lãs experiencias anteriores*. Genebra: Comición Sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2005.
14. Terris M. Conceptos de La promoción de La salud: dualidades de La teoria de La salute publica. In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salute: uma antologia*. Washington: OPS; 1996. p. 37-44.
15. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Alves, JED Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação.* 2014;4(40):8-15.
17. Zimerman GI. Grupos com idosos. In: Zimerman DE. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
18. Castro OP. O processo grupal, a subjetividade e a resignificação da velhice. In.: Castro OP. *Velhice: que idade é essa?* Porto Alegre: Síntese, 1998.
19. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
20. Rudio FV. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes; 1986.
21. Barros AJP, Lehfeld NAS. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. Petrópolis: Vozes; 1994.

- ²². Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. Rev. bras. Ci. Soc. 2007 fev; 22(63):153-155.
- ²³. Garcia et al. A influência da dança na qualidade de vida dos idosos. Revista EFDesportes.com. [Internet] 2009. [citado em: 14 mai 2016]. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com/efd139/a-danca-na-qualidade-de-vida-dos-idosos.htm>>.
- ²⁴. Cipriani NCS, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2010;12(2):106-11.
- ²⁵. Salgado MA. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento 2007;18(39):67-78.
- ²⁶. Yokoyama CE, Carvalho RS, Vizzotto MM. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos freqüentadores de um centro de referência. Psicólogo inFormação 2006;10(10):57-82.
- ²⁷. Weller W, Bassalo LMB. Imagens: documentos de visões de mundo. Sociologias. 2011 dez; 13(28):284-314.
- ²⁸. Sidney WM. Comida e antropologia: uma breve revisão. RBCS. 2001 out; 16(47).

ARTIGO ORIGINAL

O “PROGRAMA MAIS MÉDICOS” E O TRABALHO VIVO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA, BRASIL

The “More Doctors Program” and health alive work in a municipality of Amazon, Brazil

Júlio Cesar Schweickard

Cientista Social, Prof. Doutor, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazonas.

E-mail: julio.ilm@gmail.com

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Dentista, Prof. Doutor, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazonas.

E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Resumo

O artigo tem como objetivo compreender os modos como se dá a produção do trabalho na Atenção Básica na relação com médicos do Programa Mais Médicos num contexto específico da região amazônica. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, embasado pela abordagem analítica proposta por Emerson Merhy e Túlio Franco na dimensão micropolítica do trabalho e nos aspectos multiculturais da saúde. Foram realizadas entrevistas com os médicos e com o gestor municipal no mês de outubro de 2015. O município analisado se caracteriza por ter um contexto multiétnico e ser de fronteira. A maioria da população faz parte de uma das 22 etnias e falam as 11 línguas da região, trazendo desafios para a atenção à saúde. Os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica em Saúde são de contar com a presença regular do profissional médico na equipe, possibilitando a construção do cuidado de modo mais permanente tanto do profissional quanto da equipe como um todo. Ficou clara que a diminuição da rotatividade

Alcindo Antônio Ferla

Médico, Prof. Doutor, Rede Governo Colaborativo, UFRGS.

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Ardigó Martino

Médico, Prof. Doutor, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bologna.

E-mail: ardigo.martino@unibo.it

criou as condições para uma oferta de serviços com qualidade.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Amazônia.

Abstract

The article aims at understanding the production of work in Primary Care in relation to medical of Programa Mais Médicos in a specific context of the Amazon region. This is a case study with a qualitative approach, based the assumptions Merhy and Franco on the production of live work in action and micro work. The analyzed municipality is characterized by having a multi-ethnic background and border to be. Most of the population is part of one of the 22 ethnic groups and speak the 11 languages of the region, bringing challenges for health care. The effects of the Program More Doctors in Primary Health Care are to rely on the regular presence of medical professionals in the team, allowing the construction of more permanent care.

Keywords: Health Policy; Health Management; Primary Health Care; Amazon.

Introdução

O Programa Mais Médicos surgiu para enfrentar o problema histórico da escassez e da má distribuição de médicos especialmente no interior do país e nas regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos com grande vulnerabilidade. Desde que o Programa foi lançado, no segundo semestre de 2013, atendeu de imediato o componente da assistência, com o provimento de médicos naquelas regiões com maior necessidade desses profissionais e com menores índices de desenvolvimento humano. Os médicos têm permitido a ampliação do acesso da população à atenção básica e implementado ações de atenção básica que acolhe as pessoas e oferece atendimento para indivíduos, famílias e coletividades no âmbito dos cuidados básicos de saúde.¹

Conforme estudos, o Programa tem três efeitos visíveis sobre a política de Atenção Básica: a) fortalecimento da Atenção Básica com ampliação das equipes com funcionamento regular; b) aumento das práticas ofertadas pelas equipes de saúde; c) redução nas internações evitáveis pela atenção básica.^{2,3} Após 03 anos de implantação do Programa Mais Médicos, com mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil municípios do País, os resultados mais evidentes foram a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o aumento significativo da oferta de serviços¹ de acordo com a necessidade de saúde

da população, a diminuição das desigualdades regionais no acesso à atenção básica,⁴ o que confere uma política de promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde nas regiões mais vulneráveis,⁵ tais como na Amazônia.

A Região Amazônica, pelas suas características geográficas e demográficas, tenciona por adequações na Política Nacional de Atenção Básica pela sua ampla diversidade. A Atenção Básica, como ordenadora do sistema de saúde, incorporou serviços e modelagens tecnoassistenciais inerentes aos povos da floresta, como por exemplo, as Unidades de Saúde Fluviais e as equipes de saúde ribeirinhas,⁶ assim como outras modalidades próprias de serviço. Há abundante diversidade e adversidade no território da Amazônia, que requer atualização das políticas e estratégias e contribui com a atualização da política de saúde. O estado do Amazonas tem a gestão e a organização dos serviços orientadas pelo fluxo através das calhas de rio, que são o caminho do deslocamento das pessoas, sendo que cada município tem um grande número de rios, igarapés e lagos para circulações que buscam a oferta da atenção à saúde da população, como para as demais mobilidades que envolvem a vida no seu cotidiano. Por isso, compreender os efeitos de uma política nacional nos territórios específicos pode auxiliar sobre a reflexão política nacional da atenção básica, mas também sobre o sistema de saúde na perspectiva da integralidade do acesso, da assistência, da atenção e do cuidado. A diversidade é força de revigoração das políticas e

a superação das desigualdades é um objetivo ético que requer grande conhecimento da realidade singular de cada território.

Entende-se que ainda há poucos estudos sistematizados acerca do efeito do Programa Mais Médicos (PMM), ainda mais em regiões de fronteira e em áreas com características do território amazônico. Representa uma iniciativa política de grande magnitude e que dialoga com problemas estruturais importantes para o sistema de saúde brasileiro e, portanto, pode gerar conhecimentos oportunos e relevantes para a qualificação de políticas e práticas no seu interior. Nesse sentido, entendemos que estudos qualitativos são capazes de apresentar cenários e situações do trabalho em saúde, como acesso, barreiras, relações de poder, fluxos de trabalhadores que se organizam na produção do cuidado, que são aspectos fundamentais para compreender os modos de organização do trabalho. A análise qualitativa também possibilita revelar as tensões e os conflitos do cotidiano, evidenciando que as relações no trabalho são vivas e que essas têm capacidade de definir questões relacionadas ao acesso e à qualidade da atenção oferecida à população.

O objetivo do estudo é analisar o efeito da presença do profissional médico pertencente ao PMM na relação com a equipe de saúde no município de São Gabriel da Cachoeira e as interferências na organização e no funcionamento da atenção básica em saúde. Sabemos que promover saúde de qualidade no território da

Amazônia não é tarefa trivial, mas observamos que esse é um processo que está em construção e que tem produzido efeitos importantes para a produção do cuidado e para o trabalho da equipe, afetando a política de saúde, gestão, educação e a formação de profissionais de saúde. A análise da iniciativa no seu processo de implantação, permite gerar conhecimentos para seu monitoramento e a qualificação.

Metodologia

O cenário observado pertence ao território do alto Rio Negro no Amazonas, que se caracteriza pelo histórico de escassez e rotatividade de médicos na atenção básica, baixa cobertura da estratégia saúde da família, gerando uma descontinuidade nas ações de saúde. O município é marcado pela grande diversidade de povos indígenas, tendo uma extensa área de terras demarcadas.⁷ Grandes distâncias e alta dispersão populacional também caracterizam o território para efeitos da análise de políticas.

Por se tratar de uma região de fronteira, há uma forte presença de militares, sendo que na saúde assumem o gerenciamento do hospital regional existente no município. Importante destacar que há no município vários quartéis, como o 5º Batalhão de Infantaria, 21º Batalhão de Construção, Brigada de Arariboia e ainda tem a previsão da chegada de um Batalhão de Logística. Isso gera uma grande circulação de militares de fora do município e do Estado. Cabe ressaltar que há duas regiões no Amazonas que o hospital é de

gestão militar: Alto Rio Negro, no município de São Gabriel da Cachoeira; e Alto Rio Solimões, no município de Tabatinga. Por fim, não podemos esquecer que o município é marcado por indicadores desfavoráveis de desenvolvimento humano.⁸ Até a implementação do Programa, a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família contavam sobretudo com o trabalho médico de profissionais ligados ao exército, com perfis diversos daquele preconizado para esse âmbito de atenção.

O presente estudo possui caráter qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos de estudo de caso. Trata-se de uma investigação que busca compreender a dinâmica do trabalho da equipe de saúde e da gestão municipal na relação com o profissional médico do Programa Mais Médicos inserido na atenção básica do município. A entrada dos primeiros médicos do programa em São Gabriel da Cachoeira foi em outubro de 2013. Atualmente são sete médicos cubanos que atendem exclusivamente no contexto urbano. Na área indígena há mais 19 médicos do PMM que atendem o DSEI Rio Negro. No entanto, a pesquisa não abordou os médicos que atuam na área indígena, mas se limitou aos que atuam na área urbana do município.

As entrevistas, com roteiro semi-estruturado, foram realizadas com os sete

médicos cubanos pertencentes ao PMM e com os gestores municipal e da atenção básica do município. A entrevista procurou deixar o interlocutor à vontade para colocar seu discurso livremente, podendo assim trazer aquilo que para ele é fosse relevante, fazendo mais sentido na sua compreensão do Programa. O roteiro de entrevistas partiu das seguintes categorias teóricas: formação, produção do cuidado, trabalho em equipe, Atenção Básica em Saúde e integralidade. Essas categorias nortearam a análise.

O presente texto é resultado parcial de um projeto de pesquisa intitulado ‘A Produção do trabalho e o Programa Mais Médicos no Estado do Amazonas’.¹ A pesquisa foi aprovada no Comitê em Ética, registrada no CAE.

O contexto multiétnico e a saúde

No município de São Gabriel da Cachoeira, entre outras características, identificam-se relações de tensão e divergência de interesses devido aos cenários complexos da gestão entre o sistema de saúde municipal e o subsistema de saúde indígena, que divergem em termos de responsabilidades formais e de abrangência territorial. O cenário multiétnico perpassa pelos processos de produção do cuidado em que os médicos do Programa estão inseridos.

A gestão da saúde no município é realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio

¹ O projeto é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas.

Negro – DSEI, para a população indígena que vive aldeada, e pelo sistema municipal de saúde, para a população urbana. A região tem como principal característica a diversidade étnico-cultural com 22 etnias e um território indígena de mais de 10 milhões de hectares. As línguas indígenas estão divididas em 4 famílias linguísticas: Tukano Oriental, Maku, Aruak, Yanomami. Essa diversidade linguística representa um enorme desafio para a produção social da saúde, mesmo no contexto urbano do município. A assistência à saúde indígena é realizada nos Polos Base, localizados nas áreas indígenas, e na Casa de Saúde Indígena – CASAI, localizada na área urbana de São Gabriel.

A área indígena do Rio Negro abrange os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Izabel do Rio Negro e Barcelos, ultrapassando, portanto, os limites dos municípios. A interface do sistema municipal de saúde com a saúde indígena num território tão extenso traz diversos desafios para os gestores municipais, pois, na prática, há uma sobreposição de ações, de informações e de responsabilidades. Apesar das ações de saúde indígena serem de gestão do DSEI, os indígenas são contabilizados como cidadãos do município para efeitos estatísticos e de indicadores de saúde e, com alguma frequência, utilizam-se de fluxos de acesso direto, fugindo aos fluxos preconizados em cada componente. Segundo Souza,⁶ o subsistema de saúde indígena deveria ser vista como um sistema que antecede a entrada na rede de saúde maior. A justificativa para a criação do subsistema

foi de realizar uma oferta de serviços observando a equidade e as necessidades específicas das populações indígenas, bem como ao fato de que os índios são cidadãos que tem responsabilidade diferenciada do Estado sobre a preservação da vida.

A gestão municipal é responsável pela saúde nas áreas urbanas, pois a área rural faz parte do território indígena. No entanto, os indígenas, representados pelas diversas etnias também vivem ou tem parentes nas sedes dos municípios e, portanto, há projeções da cultura e da língua dos territórios indígenas para o espaço urbano. Esses não são atendidos pelo subsistema de saúde indígena, mas pelos municípios, representando um desafio para a gestão municipal, pois é necessário realizar uma atenção e um cuidado segundo os princípios da igualdade e da equidade. Desafio, sobretudo, para o planejamento e a avaliação, que tem ora uma dimensão populacional, ora outra. No caso da organização do cuidado para esses territórios, significa realizar procedimentos e ações de saúde num contexto multiétnico com diferentes práticas e concepções de saúde-doença-cuidado, marcados por diferentes significados simbólicos, linguísticos e culturais sobre a saúde. Uma das médicas entrevistadas destacou a questão da língua: “[...] se eles não compreendiam alguma coisa, então eu procurava o pessoal que sua especialidade é a língua, que fosse a língua geral, que eles também falam a língua geral, fosse Baré, fosse Tukano”[...] (Médica A).

Nessa região, o problema destacado por algumas análises em relação à língua portuguesa é ampliado para outras línguas, mas isso não constitui num problema quando há um suporte local para a “tradução” da situação. Desse modo, a questão da língua não se limita à relação do médico cubano e o usuário brasileiro, pois um médico brasileiro passa pela mesma condição. Segundo a médica,

[...] após passar o tempo eu fui acostumando e eu conseguia fazer um melhor acompanhamento a eles, mas eu acho que o idioma não foi uma barreira para eu chegar no paciente, eu consegui chegar no paciente com o dia a dia falando com eles e tratando de escutar primeiro [...] (Médica A).

Na região são faladas 11 línguas diferentes, mais o português e o espanhol, principalmente nas fronteiras. Na aldeia, as pessoas somente se comunicam em português ou espanhol na presença de um não-indígena. O município tem uma lei municipal que tornou oficial três línguas indígenas, além do português, Baniwa, Nhengatu e Tukano.

A questão da língua na região tem uma particularidade e precisa ser considerada, pois os usuários indígenas também têm dificuldades de entender o médico brasileiro e sua linguagem técnica orientada pela racionalidade colada na cultura produzida pela biomedicina. Em algumas situações o espanhol é mais familiar para aqueles indígenas que vivem na fronteira com a Colômbia. Nesse caso, para o médico cubano a questão da língua facilita o vínculo. Importante constatar que o problema da língua é um duplo problema: a

capacidade de interação linguística e a compreensão de sentidos e significados das palavras e expressões, particularmente quando se trata de falar sobre a saúde.

Importante destacar que a língua indígena não se constitui problema para o cuidado em saúde nas aldeias, pois o agente comunitário indígena de saúde faz a relação entre a comunidade e a equipe. Mesmo quando se tratar de atendimentos em serviços localizados fora do território, é frequente o acompanhamento do agente. O gestor municipal informou que os Agentes têm uma formação mínima, sendo que recentemente foram formados mais de 200 Técnicos de Saúde Indígenas. O agente, por ser da comunidade, faz as ações de educação na língua daquele povo e mediação cultural entre os serviços e a população. Do mesmo modo, na sede do município, tem ACS e profissionais que são de diferentes etnias como estratégia de inclusão e também como estratégia de fixação da força de trabalho. Atualmente, através da política de cotas das Universidades do Amazonas, há enfermeiros e odontólogos indígenas que saíram de São Gabriel da Cachoeira para estudar e retornaram. A presença desses profissionais indígenas abrirá novas possibilidades de discutir a questão da equidade e da alteridade nos serviços da Atenção Básica.

[...] a rotatividade era de praticamente 100% dos profissionais de nível superior, em todas as áreas. Hoje aqui em São Gabriel é difícil. Hoje os enfermeiros que nos temos praticamente 90% são oriundos de São Gabriel da Cachoeira, tanto no DSEI como aqui na SEMSA [...] (Gestor).

O gestor municipal nos informou que tem recebido currículos de técnicos e profissionais de pessoas que são do município

“[...] chegou uma menina que se formou em enfermagem [...]. Outra técnica de enfermagem de Uaurete (área indígena, na fronteira com a Colômbia). Então, isso tem facilitado a relação do profissional com o lugar [...]” (Gestor).

O processo de expansão dos serviços de saúde do SUS também gera expansão do mercado de trabalho e mobilização local de alunos e profissionais.

A política de cotas da Universidade do Estado do Amazonas e a cota indígena na Universidade Federal do Amazonas tem mudado muito o cenário da fixação dos profissionais no interior do Amazonas. O PMM também tem colaborado com a permanência do médico por mais tempo num só município, situação infrequente antes do Programa. A possibilidade de formação de profissionais indígenas e de pessoas do interior tem diminuído sensivelmente a rotatividade dos profissionais.

A micropolítica do trabalho nas Equipes de Saúde

A micropolítica do trabalho consiste na dimensão relacional dos processos de trabalho no cotidiano das equipes de saúde, constituindo uma dimensão viva do trabalho. A abordagem pela micropolítica e pelos processos do cuidado que tratam do trabalho vivo acontece num território e numa realidade.^{9,10} A questão principal configura-se pelos modos de realização do trabalho em determinado espaço-tempo, entendendo que é uma relação entre sujeitos situados em lugares

diferentes, mas que, na situação do cuidado, estão em relação e promovem encontros.

A micropolítica do trabalho, segundo Merhy e Franco,^{11,12,13} revela modos de produção do cuidado, que é campo de disputa que tem como centro o trabalho e os modos como ele se realiza. Por isso, o trabalho realizado em ato passa a ser um campo de observação de questões invisíveis aos estudos clássicos e de possibilidade de transformação das práticas cotidianas. O trabalho pressupõe o encontro entre subjetividades que se produzem no ato do cuidado. Não há como ter cuidado sem as pessoas, as relações, os encontros e as subjetividades. Na organização do trabalho, não há apenas técnicas e equipamentos, há encontros e relações, que disputam fortemente a orientação e a organização do trabalho.

Merhy¹³ nos alerta que a centralidade do serviço de saúde deve ser o usuário, e que o trabalho que se realiza no seu interior deve contribuir com a solução dos problemas e com o andar autônomo dos sujeitos. As dimensões tecnoassistenciais do trabalho em saúde envolvem, portanto, relações que implicam em “acolhimento, criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida.” Frequentemente, as relações de trabalho e cuidado estão dominadas pela lógica de mercado e pelo modelo biomédico que controla os processos de fazer o cuidado. A questão é como desconstruir esse tipo de abordagem e promover

práticas de cuidado que percebam o outro como um sujeito diferente. No contexto do Rio Negro, o outro é marcado por uma diversidade de línguas, outras culturas, outras histórias de relação interétnica. Portanto, o outro é de fato diferente e significa dizer que o cuidado não pode ser realizado pela mesma medida do conhecimento biomédico, sob pena de produzir, ele mesmo, desigualdades.

No que se refere à análise realizada nesse artigo, as questões micropolíticas consideraram aspectos da formação e da experiência profissional dos médicos do Programa, a organização do trabalho nas Unidades e nas Equipes, a variação na cobertura da atenção básica e sua conexão com a atenção especializada na perspectiva dos profissionais do Programa, a capacidade de escuta às expressões culturais da população usuária dos serviços, o acolhimento a grupos específicos e o vínculo do profissional com o território, bem como o efeito da experiência no Programa na vida profissional dos médicos participantes.

O perfil de formação e a experiência dos médicos intercambistas entrevistados tem uma relação direta com o tipo de atenção desenvolvida na Atenção Básica e nas equipes. Quanto à formação dos médicos cubanos há que destacar que é ampla e com forte ênfase na medicina de comunidade e também que considerar que, naquele país, não há tão grande elitização do ingresso nos cursos de medicina e atuação próxima da comunidade. Além disso, todos os

entrevistados possuem mais de dez anos de formados e com experiência no trabalho com comunidades rurais de Cuba. A participação em outras “missões” internacionais traz uma carga de experiências que vai desde a formação até a organização de serviços de saúde em situações de catástrofes naturais. Os médicos desse município participaram em missões na Venezuela, Honduras e Haiti, sendo que no primeiro país participaram na formação dos profissionais médicos e na estruturação do sistema pela lógica da Atenção Primária à Saúde e nos outros dois tiveram uma participação de caráter humanitário por conta de furacão e terremoto. Na experiência profissional, parece haver maior contato com a diversidade em diferentes países e regiões, o que parece facilitar a gestão do cuidado nesses contextos.

O primeiro efeito da chegada dos médicos do Programa foi o aumento imediato de médicos nas equipes de Estratégia da Saúde da Família – ESF. A cobertura da Atenção Básica passou de 63,73% para 70,6%, culminando em uma ampliação de 11%. A questão não é tanto quantitativa porque seis das sete equipes já tinham médicos, mas qualitativa porque com os médicos do Programa as equipes passaram a ter médicos com 40 horas, diferente da situação anterior que os médicos tinham contratos de 20 horas com a Atenção Básica do município e 40 horas com o hospital. Outro aspecto é que os médicos passaram a se dedicar exclusivamente à Atenção Básica, sendo que 8 horas são dedicadas para a educação permanente em saúde. No

desenho anterior, frequentemente, especialistas eram destacados para atuar na atenção básica, com graus variados de desconhecimento com os princípios da atenção básica. O perfil profissional dos médicos do PMM é mais próximo do perfil preconizado para a atuação na atenção básica.

Os médicos que atuavam na Atenção Básica antes do PMM eram do quadro de militares que vinham para atuar no hospital, dada a grande dificuldade para captar profissionais médicos com outras características. O período médio de permanência desse profissional na região é de dois anos. Portanto, os médicos militares ou prestando serviço militar na região tinham como principal atividade o hospital e não a Atenção Básica. Segundo entrevista com o gestor, a regra atual do exército permite que o médico tenha outro contrato com o município para um período de 20 horas.

[...] antes do Programa Mais Médicos a mão de obra utilizada pra contratação da Atenção Básica eram os militares, e às vezes a gente tinha um médico civil, ficamos com um uns 2 anos, mas ele era do DSEI e atendia Atenção Básica com um vínculo de 12h. Os militares a gente contratava 20h um médico do hospital de manhã e outro 20h à tarde, na mesma UBS e na mesma Estratégia Saúde da Família [...] (Gestor).

A rotatividade fazia parte da dinâmica do trabalho em saúde na região devido à carência de médicos e outros profissionais. A presença dos profissionais médicos permanentes na equipe produz efeitos na imagem que os usuários têm da Atenção Básica, como analisa uma médica cubana:

[...] aqui nesta cidade tem diferença, porque os pacientes desta região tem atenção médica, eles

não estão acostumados a ver um médico com esta frequência que nós estamos aqui, a gente tem uma permanência de 40h no posto e antes de nós chegarmos para eles procurar um médico custava muito trabalho, então aqui a gente consegue fazer acompanhamento. (Médica A).

A presença do profissional também auxilia na diminuição da demanda espontânea, pois há possibilidades de fazer um planejamento tendo como referência os Programas de Saúde da Atenção Básica, com captação direta e busca ativa de usuários. Foi muito enfatizado pelos médicos entrevistados a preocupação pelo cuidado do usuário pela equipe de saúde, com o acompanhamento das pessoas nos seus respectivos territórios.

[...] o objetivo do trabalho daqui é precisamente diminuir o paciente que tem que chegar lá no hospital, então tudo tem que ser planejado, controlado, agendado e de equipe. O atendimento não é só do médico, mas da equipe completa [...] (Médico C).

A organização do trabalho da equipe foi outro aspecto destacado pelos médicos “ [...] Duas vezes por semana terça e quinta nós fazemos as visitas domiciliares com uma equipe completa agente comunitário, enfermeiro e eu médica, mas se precisamos que alguém esteja presente como a psicóloga ou assistente social nós convidamos porque é tudo agendado...” (Médica A). No discurso dos médicos, o trabalho multidisciplinar é um pressuposto para a atenção no território, valorizando o papel do ACS:

[...] Então os agentes de saúde olham o paciente e quando nós temos as reuniões eles falam quais os pacientes que precisam por ex: diabéticos, hipertensos, e nós vamos até lá para auxiliar. O trabalho em conjunto é muito importante, como nós

somos estrangeiros as enfermeiras ajudam o paciente a compreender o que nós estamos falando, no trabalho em equipe a atenção ao paciente é mais integral e a qualidade bem melhor [...] (Médica B).

[...] contamos com a ajuda dos agentes comunitários porque são eles que tem contato direto com a população. Eles são os que conhecem a população, eles são os que conhecem os pacientes, eles são os intermediários entre o posto e a comunidade, então a gente se apoia muito neles. (Médico D).

O trabalho com a equipe é difícil, é difícil porque nem todo mundo tem um jeito de pensar igual, nem todo mundo tem as mesmas funções, eles podem por exemplo, agora ficar trabalhando com bolsa família e eu estou aqui fazendo meu atendimento, a enfermeira está fazendo preventivo, está supervisionando o trabalho de cada um, é difícil mas acho que cada um procura fazer o que lhe corresponde, sua função e se cada uma faz sua função. (Médica A).

[...] sempre coloco o agente comunitário porque para mim ele é uma das pessoas mais importante, o profissional mais importante que tem na unidade, ele é o elo entre a população e a equipe da unidade [...] (Médico F).

A questão do acompanhamento dos usuários foi marcante em quase todas entrevistas, sendo que a equipe precisa elaborar estratégias para criar vínculo para ter adesão aos programas:

[...] tenho aqui um total de 12 grávidas onde o pessoal consegue fazer acompanhamento mensal se é uma paciente que não tem risco ou se tem baixo risco e quinze dias uma paciente que tem risco ou alto risco, mas a gente consegue fazer esse acompanhamento pela enfermeira e por mim, o posto procura que nunca fique sobrecarregado o trabalho da enfermeira ou o meu, se ela fez encaminhamento na consulta anterior, continua para fazer acompanhamento comigo e então a gente consegue intercambiar [...] (Médica A).

[...] acho que em todo sistema, depois que a mulher tem o seu filho custa muito trabalho fazer acompanhamento no posto, mas a gente trata de tomar estratégias: se ela vem pegar vacina, aí mesmo aproveita para passar com a

médica, com a enfermeira para consultar puericultura. (Médico F).

Mehry⁸ aponta que o trabalho vivo permite fazer reflexões acerca da condição do sujeito ativo no mundo do trabalho. No relato acima, observa-se uma aposta na cogestão do trabalho. O desenvolvimento do trabalho, assim compreendido, constitui-se numa “travessia de fronteiras”, já que desloca o limite da possibilidade de sua realização para o campo do “trabalho vivo em ato”, ultrapassando as possibilidades de atenção integral quando comparado a um trabalho rotinizado e predominantemente normatizado. Ainda sobre a autonomia para a gestão da clínica e sua visão de mundo, o médico do programa se vê como um profissional adequado, com formação profissional capaz de realizar o cuidado a pessoas em regiões de alta vulnerabilidade social e grande diversidade sociocultural.

Quando questionamos quanto aos aspectos culturais da população e suas tradições, os médicos apresentaram discursos respeitosos pelas diferenças e, em alguns casos, tentando estabelecer diálogos e parcerias para a produção do cuidado integral do usuário.

[...] então a gente trabalha com vista em só melhorar a qualidade de vida da população, nunca mudar os estilos e modo de vida da população porque isso é impossível pelo menos para nós aqui no Brasil, pelo menos orientar como elas podem viver melhor, com mais saúde, com respeito a alimentação, a higiene, a convivência, com respeito a tudo porque tudo tem a ver com a saúde humana. (Médica A).

O trabalho realizado na atenção básica no PMM produz efeitos na organização do sistema especializado, pelo aumento da demanda. Foi unânime o registro de dificuldades dos médicos quanto aos encaminhamentos para especialistas. Algumas situações são resolvidas quando há o especialista no hospital do município. Senão, a gestão municipal precisa encaminhar os usuários para outras localidades através do Sistema de Regulação – SISREG, mas que não garante uma consulta rápida.

Acho que o problema fundamental tá no atendimento. São Gabriel da Cachoeira pela distância que tem da capital - Manaus, necessita de recurso humano médico especializado, falo de cirurgião, falo de obstetra, falo de pediatra, falo de ortopedista, falo de otorrino, falo de oftalmologista porque a gente o que consegue é dar atendimento básico mas se não tem onde encaminhar o que posso fazer? (Médica B).

A gente trata de evitar que o paciente chegue ao limite, mas quando tá crônico e necessita ser avaliado, a maioria dos pacientes chega aqui e a gente não dá para fazer outra coisa que não seja encaminhar. Eu faço atendimento, faço acompanhamento, coloco medicação, solicito exames que demoram, de fato sei, o exame demora demais. Relato médica A.

O hospital, hoje só tem um cirurgião e já quase a mais de um ano não tem pediatra. Antes tinha um cardiologista, mas foi embora. Então é difícil, não tem uma UTI, quase um pronto socorro, mas que não é uma unidade de uma UTI. Então o município é de difícil acesso, porque o município não tem rodovias, você vai de barco ou você vai de avião, não tem jeito. Então, infelizmente as transferências, as referencia para Manaus, a emergência médica tem que ter uma estabilidade para depois poder trasladar, porque você não pode trasladar um paciente instável ela vai morrer. Então hoje aquela atenção secundária, eu penso assim, deve ser uma prioridade no futuro e não num futuro tão tardio, deve ser num futuro

precoce para poder o município ter uma atenção à saúde melhor, porque infelizmente você não pode fazer muita coisa na atenção básica, se você não tem aquele resguardo hospitalar, é muito difícil. E isso é um problema.

As demandas para atendimento especializado, que não teve expansão proporcional ao aumento do acesso real ao cuidado na atenção básica, permanecem como um problema em diversas localidades. Novos estudos devem se debruçar sobre os principais componentes desse aumento da demanda: ampliação do acesso, situações clínicas mais avançadas, experiência dos profissionais do PMM, resistências dos serviços e profissionais da rede especializada.

Outra dimensão micropolítica analisada, refere-se à experiência profissional no ingresso no PMM. Quando questionados quanto às experiências que mais tem marcado a sua presença na região e no trabalho em saúde, apareceu como algo marcante o problema da desnutrição e da mortalidade infantil.

Experiências são muitas, mais aqui. Em Cuba não existe a desnutrição infantil, em cuba tem 0% de desnutrição infantil, mas aqui temos visto muitas pessoas desnutridas, sobretudo crianças. A mulher tem muitos filhos e, claro, desatende a um desses filhos, então é algo que humanamente nos choca muito ver. São crianças, é difícil [...]” Relato médico D.

A unidade básica de saúde no início lembro que chegava muita criança sobretudo com doenças graves, com encaminhamento para hospital, precisavam esse encaminhamento urgente. Já a Unidade hoje quase não recebe já crianças com doenças graves. Eu lembro no início que morriam crianças por doenças agudas e são coisa que já não acontecem aqui no município,

pelo menos aqui na área não acontece. Eu fiquei muito triste. Eu trabalhei primeiro lá no Posto do Areal que é mais longe de aqui do centro da cidade mesmo e os costumes são mais diferentes. A população tem menos condições de vida e todas essas coisas e aí tive que assistir a morte de uma criança de 2 anos e fazer o atestado de óbito. Muito triste. Há muito tempo que não fazemos um atestado de óbito. O médico cubano não está acostumado a essa situação, porque lá em Cuba é muito difícil uma criança morrer para doenças agudas, não lembro, nunca assisti. De fato um médico de atenção básica de lá, nunca faz um atestado de óbito de uma criança, porque sempre morrem dentro do hospital por doenças muito graves, muito graves mesmo [...] (Médico E).

Com esses depoimentos entendemos que a questão da desnutrição e da mortalidade infantil não são naturalizadas ou transformadas somente num dado de algum indicador. As situações listadas pertencem à sensação vivencial dos profissionais, remetendo-os às vivências pessoais e familiares. As situações são chocantes para esses profissionais, porque estão comparando com o seu país e a construção social da saúde. Assim, a presença desses profissionais nos ajuda a sermos vigilantes quanto ao perigo da reificação das informações e das estatísticas e o efeito que isso pode produzir no cuidado. Nos exemplos citados, pode-se verificar a gestão da clínica com base em tecnologias leves, na medida em que o usuário e seus familiares são chamados à cena para organizar o cuidado, mas, sobretudo, uma ênfase importante na prevenção de doenças e na promoção de saúde, de forma ativa pelos profissionais e unidades.

O Programa e os seus efeitos na realidade do Município

O Gestor Municipal avalia que Programa Mais Médicos, sob o ponto de vista financeiro, trouxe uma economia de recursos para o município, pois os custos pagos aos médicos fora do Programa são maiores, não apenas no município, mas para muitos que são distantes das capitais e regiões mais densamente povoadas. Algumas vezes, o município “ficava refém do sujeito que estava disponível e do preço que ele queria cobrar pelo seu trabalho.” No entanto, entende que a avaliação no Programa ultrapassa a questão financeira, “[...] mas a gente vê uma dimensão muito maior: o vínculo, a qualidade da atenção, a questão de fixar, da rotatividade [...] (Gestor).

A rotatividade diminuiu porque não precisou mais fazer contratos pontuais com médicos militares do hospital. Em regra, não se conseguia um médico de família de tempo integral e com dedicação exclusiva à Atenção Básica. Segundo o gestor, o médico militar não tinha a dedicação exclusiva ao município porque a sua presença na região se devia ao contrato com o exército. Convém destacar que a maioria dos médicos militares que atuam no hospital são especialistas, como cirurgião, ginecologista, pediatra. No entanto, no período da pesquisa, o próprio exército estava tendo dificuldades para trazer os especialistas para a região, tendo que fazer um rodízio com médicos de outras regiões do país. O hospital possui 42 leitos para internação e ambulatório.

O gestor entende que o principal efeito do PMM está no fato de se poder manter as equipes da Estratégia da Saúde da Família e a Atenção Básica funcionando de acordo com a política nacional:

Eu acho isso de você ter fixo o médico, porque a nossa cobrança como gestor pra Atenção Básica em todos esses tempos é a presença do médico na equipe. Sempre foi, pois no CNES se não tiver um médico pelo menos 60 dias, eu perco a equipe. Então eu preciso ter um médico. Pela organização política, dessa política implantada pelo governo, ele é uma figura importante e se não tiver não existe a Estratégia. Hoje nós estamos muito tranquilos e aí quando eu vou fazer uma defesa da Atenção Básica como gestor, falo que hoje nós temos médicos em todas as equipes de ESF, em todas as Unidades. Estamos bem, não tem como reclamar de nada. Esse é o impacto porque nós não estamos falando se ele é cubano ou não, mas o Programa deu a presença do médico hoje fixo na atenção, porque a necessidade inclusive é cultural nossa é que eu tenho o atendimento do médico. Ouvi várias reclamações, por exemplo, em alguma reportagem agora recente no SUS né, “não eu fui lá mas só tinha enfermeira pra me atender, eu vim embora, cadê o médico?” e aí com esse Programa a gente conseguiu sim. Olha eu tenho médico na minha cidade, na minha unidade tenho 07 médicos, tem um em cada uma estão trabalhando legal. Tá ótimo. (Gestor)

Segundo o Gestor, o trabalho dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica “reduziu a entrada na urgência-emergência do hospital”, pois a gestão municipal sempre foi cobrada pelo diretor do hospital que a porta de entrada estava sendo a urgência-emergência. “[...] conseguimos melhorar a qualidade da Atenção Básica com a presença do Programa Mais Médicos [...]” (Gestor municipal).

Os efeitos também se deram para dentro da vida dos médicos do Programa, pois se sentiram acolhidos pela população e parte da comunidade. “Formamos parte não só de uma UBS, comemoram os nossos aniversários, a nossa chegada, após as férias, ou seja, sempre lembram todas as atividades e também formamos parte de uma comunidade, moramos numa comunidade, com vizinho, com pessoas que costumamos visitar, saudar [...]” (Médico C).

Considerações Finais

O Programa Mais Médicos teve efeitos visíveis e percebidos na realidade do Município.

Possibilitou a presença de profissionais médicos de tempo integral nas Unidades Básicas de Saúde, o que produziu efeitos para o acesso da população e para o trabalho dos demais profissionais das equipes. As equipes passam a produzir mais, de forma mais regular e mais próxima do que o preconizado nos protocolos e rotinas, gerando um efeito positivo na produção do cuidado. Além disso, com uma maior qualidade na Atenção Básica, há uma sensível diminuição da entrada na urgência e emergência do hospital, assim como grande oscilação de demanda espontânea nas unidades.

Sob o ponto de vista da gestão, a diminuição da rotatividade foi um grande avanço para a Atenção Básica, pois o tipo de contrato realizado com médicos anteriores ao Programa e seu perfil não eram os mais adequados para o fortalecimento do trabalho junto à população em seus territórios. Desse modo, as equipes de saúde puderam realizar os programas de saúde com regularidade, impactando na diminuição da demanda espontânea e nos casos mais agudos. Essa situação permitiu o incremento de consultas e procedimentos, mas também das ações de prevenção e promoção da saúde, as atividades coletivas e a interação com o território. Estudos com dados consolidados de doenças e óbitos são importantes para analisar o impacto do Programa, mas há constatação de melhora no perfil de demanda nas unidades.

O Programa cumpre com um dos seus objetivos que é de provimento de profissionais

médicos em regiões como o município de São Gabriel da Cachoeira, mas também contribui para que se discuta outros aspectos como a formação dos profissionais da região. Vimos a importância de um profissional ser de um local com grande

diversidade linguística e cultural. Desse modo, poderemos nos aproximar do princípio da equidade, de uma saúde de qualidade que reconheça a diferença e a alteridade.

Referências

- ¹ Ministério da Saúde (BR). Mais Médicos – Dois anos : mais saúde para os brasileiros. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>
- ² Collar JM, Neto JBA, Ferla A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. Saúde em Redes [Internet]. 2015 [citado em: 15 dez 2016]; 1(2):43-56. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.pup/rede-unida/article/view/591>.
- ³ Ferla A et al. O Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro. Porto Alegre: UFRGS; 2015.
- ⁴ Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface Comun Saúde Educ. 2015;(19): 623-634.5
- ⁵ Santos, LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cien Saúde Colet. 2015;(20):3547-3552.
- ⁶ Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>
- ⁷ Souza, MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. Tempus (Brasília). 2015;(9):191-197.
- ⁸ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do censo demográfico 2010. [Internet] Brasília; 2013. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>
- ⁹ Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ¹⁰ Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus (Brasília). 2012; 6(2):151-163.
- ¹¹ Merhy EE, Franco T. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. [Internet] 2003. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
- ¹² Merhy EE. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. [Internet] 2005. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>
- ¹³ Merhy EE, Franco T. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

RESENHA

PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS: FORMAÇÃO EM SERVIÇOS NO PROGRAMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDEⁱ

Mikael Lima Brasil

Enfermeiro. Especialista em Gestão e Enfermagem do Trabalho. Docente colaborador do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

E-mail: mikael_cpc@hotmail.com

Laís Vasconcelos Santos

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em História da UFCG.

E-mail: lais_lvs@hotmail.com

Gisetti Cortina Gomes Brandão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (USP). Docente do curso de Graduação em Enfermagem do CCBS da UFCG. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC-UFCG).

E-mail: gisettibrandao@gmail.com

Questões de interprofissionalidade em saúde e as conexões formadas pela pactuação entre diversos campos do saber são temas geradores pelos quais passa a discussão de *PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*, organizado por Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Terezinha de Fátima Rodrigues e

Ieda Maria Ávila Vargas Dias, publicado pela editora Rede UNIDA em 2016, com 436 páginas.

A literatura¹ aponta que a realidade ainda resiste ao rompimento dos atuais modelos de formação, insistentes na legitimação de uma saúde pautada na divisão do trabalho, sendo os profissionais, muitas vezes, ainda formados separadamente, produzindo incoerências que refletem na qualidade da atenção prestada no Sistema

ⁱ UCHÔA-FIGUEIREDO LR, RODRIGUES TF, DIAS IMÁV. PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS: FORMAÇÃO EM SERVIÇOS NO PROGRAMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE. 1. ED. PORTO ALEGRE: REDE UNIDA; 2016. 436P. ISBN: 978-85-66659-70-2

Único de Saúde brasileiro. Desta maneira, a partir da contribuição de 45 autores, no desenvolvimento de 21 capítulos, torna-se prazeroso e desafiador traduzir, em poucas palavras, um universo que levanta perspectivas fundamentais para as relações interpessoais e a (re)significação das práticas (inter)disciplinares, formativas e laborais em saúde: a vivência Interprofissional.

Nessa expectativa, depara-se, nos três primeiros capítulos da obra, com fundamentos norteadores para a configuração de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, seus valores normativos, como também uma estrutura simbólica que traz um delineamento teórico robusto o qual funciona como componente basilar para a apresentação das histórias que se seguirão através de narrativas tecidas pela ótica das formações em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, vinculadas ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - *Campus* Baixada Santista.

É interessante, ainda, notar a ênfase que o início da obra traz ao processo de *Gestão de um Programa de Residência Multiprofissional*, quarto capítulo, entendido pelas autoras² como um meio pelo qual se direciona um conhecimento compartilhado, que se coloca

atento às diferenças, visando à inclusão e a ótica interprofissional em todos os níveis de atenção à saúde, seja individual, familiar ou em grupo. Desta maneira, compreende-se a importância despertada por mecanismos de gerenciamento de processos de trabalhos interprofissionais, em sua magnitude, como um amplo corpo de conhecimentos que se colocam como ferramenta necessária para a viabilidade e fidedignidade das relações construídas através da perspectiva de vários atores.

Assim, chega-se aos capítulos cinco, seis, sete e oito que trazem reflexões sobre educação interprofissional e a formação em saúde, processos de trabalho na atenção básica e na atenção hospitalar, assim como a integração proporcionada pela Residência Multiprofissional com as atividades universitárias de ensino, pesquisa e extensão, condicionando suas histórias às nuances que o trabalho interprofissional pode proporcionar aos cursos de graduação como ferramenta sensibilizadora do trabalho em equipe, indo ao encontro, também, do papel social da universidade a qual se coloca como via qualificadora da assistência prestada pelos serviços de saúde a partir da articulação entre os processos de ensino e os processos de trabalho.

Neste sentido, aproximar os estudantes dos cenários de atenção em saúde é

fundamental para uma formação pautada na objetividade prática, com densidade científica e responsabilidade social³. Logo, ao folhear os capítulos nove e dez, pode-se adentrar em uma leitura que retrata a junção de histórias vividas por residentes em atividades que os inseriram nos estabelecimentos de gestão e nos distintos campos distribuídos pela rede de saúde – unidades básicas de saúde, centros de saúde, hospitais e outros locais. Assim, ainda percebe-se que fronteiras de territórios foram superadas quando houve, também, a oportunidade de uma experimentação dos sistemas de saúde de Portugal e Cuba, fomentando um olhar mais diversificado para o seu próprio processo de trabalho.

Em uma aproximação com mecanismos existentes que norteiam e buscam contribuir com o funcionamento e a organização dos serviços, encontra-se na obra seis experiências que ressaltaram, à luz do arcabouço teórico vigente, atividades que buscaram melhorar as práticas profissionais em saúde: desenvolvimento de instrumento para melhorar a comunicação dos serviços baseados no matriciamento, referência e contrarreferência (capítulo onze); realização de roda de acolhida para colaborar com o processo de construção e consolidação de vínculos do trabalho em equipe (capítulo doze); discussão e acompanhamento de casos aproximando as

incorporações teóricas dos profissionais de saúde e usuários (capítulo treze); o atendimento para além dos muros das unidades, abordando casos de vulnerabilidade social de pessoas em situação de rua (capítulo catorze); trabalhando com equipes - visando a uma aposta de grupos autônomos repletos de movimento (capítulo quinze); e a utilização do matriciamento para qualificar a organização da assistência à saúde mental na atenção primária (capítulo dezesseis).

Após essa diversidade encontrada nos compartilhamentos das vivências, a partir da participação dos residentes nos serviços, deparam-se, na sequência, com uma abordagem que possibilita perceber a participação da preceptoria (capítulo dezessete), dos tutores (capítulo dezoito) e dos profissionais (capítulo dezenove) que atuam na atenção básica, revelando suas percepções sobre o programa de residência multiprofissional, sendo possível dialogar com estes autores, através da reflexão, produzindo nuances sobre a problematização, também, das vivências do próprio leitor.

Sinalizando o fim da obra, o capítulo vinte constitui um aparato reflexivo sobre a produção da escrita acadêmica transformada em um trabalho de conclusão de curso, que acaba sendo um meio de expressar os contextos vivenciados e a importância do

programa de Residência Multiprofissional para todos os atores envolvidos a partir de uma construção feita pela tessitura de várias mãos.

É nessa perspectiva que o leitor é apresentado ao término da apreciação dos textos (capítulo vinte e um) com uma coletânea de poemas que revelam a expressão de uma produção artística emergida nos cenários vivenciados pelos escritores, viabilizada por saberes que convergem para a eternização de todas as contextualizações apresentadas sob o princípio da participação e, acima de tudo, da construção coletiva.

Referências

- ¹ .Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Mar [citado em: 2016 Oct 22]; 20(56):197-198. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>>.
- ² .Uchôa-Figueiredo LR, Devincenzi UM, Dias IMÁV, Correia AC, Vasconcelos ACF. Gestão de um Programa de Residência Multiprofissional. In: Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMÁV. PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p.77-105.
- ³ .Silva VO, Santana PPMA. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2015 [citado em: 2016 Nov 08]; 19(52). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180138352011>>.

Assim, a obra se fundamenta como um poderoso instrumento de base teórica e reflexiva sobre as práticas interprofissionais em saúde, do cuidado sistematizado pelos olhares dos diferentes e pela abordagem profissional que se constrói na busca da legitimidade social de *percursos interprofissionais* que produzem memórias e contam histórias mediadas por caminhos intencionados por um bem comum: a qualificação da assistência em saúde.