KÁTIA REGINA DE CARVALHO ALVES

**A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na
Estratégia de Saúde da Família**

São Paulo

2020

KÁTIA REGINA DE CARVALHO ALVES

**A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na
Estratégia de Saúde da Família**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogerio Nogueira de Oliveira

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Alves, Kátia Regina de Carvalho.

A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família / Kátia Regina de Carvalho Alves; orientador Rogerio Nogueira de Oliveira -- São Paulo, 2020.

151 p. : graf. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Promoção de saúde. 2. Residência em saúde. 3. Integração ensino-serviço. 4. Grupo Focal. I. Oliveira, Rogerio Nogueira de. II. Título.

Alves KRC. A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /2020

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

À minha mãe Nanci
(in memoriam),
que me apoiou com amor
durante toda sua vida
e partiu deixando
muita saudade

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a minha família por mais essa etapa cumprida em minha vida, em especial ao meu marido e companheiro Carlos Eduardo por seu amor, incentivo, alegria e paciência.

À minha filha Amanda, por seu carinho e compreensão pelas minhas ausências e estímulo para a conclusão deste sonho realizado.

Ao meu pai Raul, por acompanhar minha persistência, compreendendo minhas dificuldades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rogerio Nogueira de Oliveira, pelo empenho, compreensão e amizade.

À Profª Drª Fernanda Campos de Almeida Carrer pelas palavras de incentivo, apoio e pelos conhecimentos compartilhados.

Agradeço aos demais professores, à Universidade de São Paulo por nos proporcionar uma formação de qualidade e a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram nesta caminhada do mestrado.

“A esperança tem duas filhas lindas,
a indignação e a coragem;
a indignação nos ensina a não aceitar
as coisas como estão;
a coragem, a mudá-las.”

Santo Agostinho

RESUMO

Alves KRC. A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Original.

Para que a promoção de saúde se concretize em ações que tenham reflexo na qualidade de vida das pessoas, o ensino-serviço em saúde pode ser um fator determinante na transformação da realidade. A coleta de dados através do PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade, do Ministério da Saúde, possibilita a visualização quantitativa dessas ações de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família no Brasil; porém, a convivência permite aos residentes a ampliação do olhar sobre o tema. A implantação das Residências Multiprofissionais em 2005 e o uso de cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, possibilitou o contato destes profissionais recém formados com a realidade do serviço e a identificar como a promoção e prevenção em saúde se apresenta no cotidiano. Este estudo de caso, foi elaborado a partir dos dados nacionais coletados PMAQ-AB (2013) sobre ações de promoção de saúde e nas unidades de saúde de Sorocaba pelas equipes de Saúde da Família; incluindo resultados qualitativos obtidos de um grupo focal, formado por residentes multiprofissionais, sobre como as ações de promoção e prevenção de saúde foram por eles desenvolvidas durante a residência. A esse conjunto foi associado uma revisão sistematizada de artigos sobre atividades práticas em promoção e prevenção em saúde, realizadas e descritas na literatura onde foi possível encontrar semelhanças e diferenças entre essas ações. O grupo focal foi composto por: uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um professor de educação física e um psicólogo; todos residentes, concluintes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Sorocaba-SP em 2018. Com a análise dos resultados foi possível verificar a necessidade de valorização do diálogo para identificar diferenças nos processos de trabalho e a necessidade do exercício de propostas educacionais que propiciem a realização das ações com sucesso. O processo da formação multiprofissional enriquece fortalecendo conceitos; definindo objetivos; e executando

atividades de planejamento, análise e avaliação para a realização das ações de promoção e prevenção em saúde; essas atitudes, colaboram não só para a formação dos novos profissionais de saúde, como também para ampliar as possibilidades de implementação de novas propostas nos serviços.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Equipe multiprofissional. Educação Interprofissional. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Alves KRC. Multiprofessional Residence and health promotion and prevention in the Family Health Strategy [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Original.

For health promotion to materialize in actions that reflect on people's quality of life, health teaching-service can be a determining factor in the transformation of reality. Data collection through the PMAQ-AB National Program for Access and Quality Improvement, from the Ministry of Health, enables the quantitative visualization of these health promotion and prevention actions developed by family health teams in Brazil; However, living together allows residents to broaden their perspective on the subject. The implementation of Multiprofessional Residencies in 2005 and the use of learning scenarios inserted in the SUS Health Care Networks, made it possible for these newly graduated professionals to contact the reality of the service and to identify how health promotion and prevention is presented in daily life. This case study was elaborated from the national data PMAQ-AB (2013) about health promotion actions and in the Sorocaba health units by the Family Health teams; including qualitative results obtained from a focus group of multiprofessional residents on how health promotion and prevention actions were developed during their residency. To this set was associated a systematic review of articles on practical activities in health promotion and prevention, carried out and described in the literature where it was possible to find similarities and differences between these actions. The focus group consisted of: a social worker, an occupational therapist, a nutritionist, a physiotherapist, a phonoaudiologist, a physical education teacher and a psychologist; all residents, graduates of the Multiprofessional Family Health Residency Program in the city of Sorocaba-SP in 2018. With the analysis of the results it was possible to verify the need to value the dialogue to identify differences in work processes and the need to exercise educational proposals that enable successful actions. The process of multiprofessional training enriches by strengthening concepts; setting goals; and performing planning, analysis and evaluation activities for health promotion and prevention actions; These attitudes contribute not only to the training of new health

professionals, but also to expand the possibilities of implementing new proposals in the services.

Keywords: Health promotion. Patient care team. Interprofessional education. Family health strategy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 -	Ações em educação e promoção de saúde	57
Gráfico 5.2 -	Planejamento Familiar	58
Gráfico 5.3 -	Planejamento Familiar no Município de Sorocaba - SP	59
Gráfico 5.4 -	Idosos	60
Gráfico 5.5 -	Idosos Sorocaba – SP	60
Gráfico 5.6 -	Atividades educativas relacionadas a saúde sexual e saúde reprodutiva	61
Gráfico 5.7 -	Atividades educativas relacionadas a saúde sexual e saúde reprodutiva em Sorocaba - SP	62
Gráfico 5.8 -	Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território	63
Gráfico 5.9 -	Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território Sorocaba - SP	63
Gráfico 5.10 -	Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	64
Gráfico 5.11 -	Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas em Sorocaba- SP	65
Gráfico 5.12 -	Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território	66
Gráfico 5.13 -	Doenças transmissíveis Sorocaba- SP	66
Gráfico 5.14 -	Ações sobre o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	67
Gráfico 5.15 -	Ações sobre o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Sorocaba – SP	68
Gráfico 5.16 -	Práticas Corporais	69
Gráfico 5.17-	Atividade Física	70
Gráfico 5.18-	Bolsa Família	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
CompHP	Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
Hiperdia	Hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUHPE	International Union for Health Promotion and Education
MEC	Ministério da Educação
NAI	Núcleo de Atendimento ao Idoso
NAPI	Núcleo de Apoio as Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OT	Oficina Terapêutica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1	PROMOÇÃO DE SAÚDE	25
2.2	O PMAQ-AB NA ATENÇÃO BÁSICA.....	33
2.3	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	37
2.4	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SOROCABA	40
3	OBJETIVOS	45
3.1	OBJETIVO GERAL.....	45
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
4.1	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	47
4.1.1	PMAQ 2013.....	48
4.1.2	Grupo Focal	51
4.1.3	Revisão Sistematizada	54
5	RESULTADOS	57
6	DISCUSSÃO	93
7	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES.....	111
	ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

Atualmente medidas de promoção e prevenção de agravos em saúde já estão incorporadas às práticas de saúde no Brasil. Apesar do conceito de Promoção de Saúde ter iniciado com a visão sanitária do século XIX, com o passar do tempo este conceito foi ampliado. No século XX, verificou-se que as condições de vida, trabalho, moradia, cultura e as mudanças no estilo de vida e do ambiente também influenciavam a saúde das pessoas (Arioli et al., 2013); a partir do Relatório Lalonde (Lalonde, 1974), temos a análise de fatores determinantes da saúde e a proposta de planejamento para ações na área, sendo a concepção de saúde não centrada na doença (Heidmann et al., 2006).

No passado, a saúde era compreendida a partir do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante o processo de adoecimento a partir do modelo da história natural da doença. O fortalecimento de ações de promoção e prevenção em saúde foi ao longo do tempo incorporado ao cotidiano dos serviços de saúde, bem como a participação social e políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais (Ayres, 2009).

No Brasil, posteriormente a promulgação da Constituição Federal em 1988 (Brasil, 1988) temos a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis nº 8080 (Brasil, 1990a) e nº 8142 (Brasil, 1990b) que estabelecem o Sistema Único de saúde (SUS) como modelo de saúde a ser implantado em todo país. Na década de 90, a partir das Normas Operacionais (Brasil, 1996), esse novo modelo de assistência passa a ser implantado na atenção básica através do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1997).

Desde então, o Programa de Saúde na Família foi sendo fortalecido pelo governo federal a partir de incentivos financeiros às equipes e considerado como o principal modelo de assistência para Atenção Básica; passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família.

Nesta modalidade, o serviço é realizado por equipes multiprofissionais, em áreas geográficas delimitadas chamadas territórios ou áreas de abrangência. No

território, dividido em microáreas as famílias são cadastradas pelas agentes comunitárias e o atendimento assistencial é prestado ao indivíduo e à sua família,

Inicialmente, as equipes eram compostas pelo profissional médico, agentes comunitárias de saúde e equipe de enfermagem; mas, posteriormente a equipe foi ampliada, incluindo outros profissionais de saúde nas equipes locais e em equipes de apoio.

Deste modo a atenção primária tem hoje a Estratégia Saúde da Família como principal modelo de assistência, sendo as ações de promoção e prevenção em saúde incorporadas ao cotidiano das equipes multiprofissionais de saúde. Essas ações de promoção e prevenção são atividades que necessitam de apoio e criatividade para serem desenvolvidas pelas equipe e comunidade nos territórios.

Com a ampliação do número de equipes na Atenção Básica e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, houve a necessidade de melhorar capacitação e formação profissional. Então, em 2005 (Brasil, 2005a), foram propostas novas ações ensino-serviço que desencadearam nas atuais Residências Multiprofissionais em Saúde (Brasil, 2005b); como vemos descritos no Portal do Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 2019):

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio epidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (Brasil, 2009a).

Na proposta da Residência Multiprofissional, os recém formados nas diversas áreas de saúde adquirem uma vivência de dois anos no SUS em ensino-serviço onde exercitam a profissão em conjunto com as equipes da atenção básica e recebem uma bolsa auxílio fornecida pelo Ministério da Saúde.

Em 2011, estando implementada a Estratégia Saúde da Família para o atendimento de população adscrita à unidade de saúde de cada território, houve a proposta de verificar a qualidade do serviço prestado e a opinião dos profissionais e da população sobre este serviço.

Com a intenção de possibilitar essa avaliação e o planejamento das ações das equipes em seu território, originou-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) (Brasil, 2011). E, para a execução dessa programa, o Governo Federal incluiu a participação dos gestores municipais, a fim de monitorar e definir as metas a serem pactuadas com o Ministério da Saúde. Esse programa tem como objetivo, incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, moradores nos territórios atendidos pelas equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família.

Dentro da proposta de fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família, outras ações foram desenvolvidas, como em 2013, no município de Sorocaba – SP; onde foi instituído o Sistema Municipal Saúde Escola, de acordo com a Lei 10579/13 (Sorocaba, 2013). Neste, atividades nas áreas de pós-graduação “lato sensu”, extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica e residência multiprofissional em saúde são desenvolvidas sob responsabilidade da Secretaria da Saúde do município.

Ao participar do programa do Ministério da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde no município de Sorocaba-SP, possibilita o desenvolvimento do programa em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta da integração ensino-serviço.

Para a formação dos residentes, os cenários de prática são as próprias unidades de saúde município e os trabalhadores dessas unidades do SUS, são preceptores dos alunos no cotidiano dos serviços.

Na preceptoria de alunos na Residência Multiprofissional, foi possível observar como as ações de promoção e prevenção de agravos são fundamentais para a prática profissional. E essa vivência, proporcionou uma maior reflexão sobre a importância da qualidade da prática dessas ações durante o período de formação.

Assim, nesta dissertação, a autora pretende discutir a formação em promoção de saúde na terceira turma de residentes participantes da Residência Multiprofissional em Sorocaba (2016-2018). Para isto, foi considerado o conceito de promoção e prevenção em saúde descritos na literatura e seu desdobramento na atuação de residentes multiprofissionais; os dados coletados pelo censo de avaliação externa do PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (Brasil, 2013) com as ações de promoção e prevenção, desenvolvidas pelas equipes nas diferentes regiões do Brasil e no município de Sorocaba; e, as experiências vivenciadas por residentes participantes da Residência Multiprofissional de Sorocaba, descritas a partir de um grupo focal realizado em setembro de 2018.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta revisão contém um breve histórico da evolução do conceito de promoção de saúde e prevenção de agravos, através das Conferências Internacionais de Saúde; sua Influência sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), além da apresentação da normatização para a implementação do PMAQ 2013 (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica) (Brasil, 2013) e a proposta de estabelecimento da Residência Multiprofissional de acordo com o Governo Federal.

2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

No final do século XIX, Louis Pasteur promoveu uma revolução com o uso do microscópio, pela revelação de microrganismos causadores de doenças e a introdução de soros e vacinas; era o início da identificação e prevenção de doenças. (Scliar, 2007). Posteriormente, o processo de contabilização de mortes e as diferentes causas nos diferentes grupos populacionais, possibilitaram a formação de inquéritos estatísticos, que desembocaram em medidas de saúde pública e o aparecimento de médicos sanitaristas. Nos países europeus, forma-se o conceito da polícia médica ou sanitária. Com o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, essa visão foi assumindo papel significativo, sendo que o estudo da medicina concentrou-se na doença, não sendo considerado o social e o coletivo. Esse modelo contribuiu à formação médica, concentrando o ensino a doença e no hospital, de forma individual e biologicista (Pagliosa; Da Ros, 2008).

Mas o conceito de saúde só passou a ser universalmente aceito, a partir de 1948, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e apoiado pela Organização das Nações Unidas (ONU). O conceito da OMS, em sua carta de princípios diz que saúde é “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade” (OPAS, 2015, p. 2), tornando assim, mais complexa a compreensão sobre como produzir e manter a saúde do indivíduo.

A partir de 1965, o modelo clássico de Leavell e Clark considera a promoção de saúde como um “conjunto de medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Buss, 2009, p. 22). Nesta época, também se propunha a prevenção em saúde como “uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Buss, 2009, p. 22). Sendo que, posteriormente estes conceitos mostraram-se incompatíveis para doenças crônicas e não-transmissíveis, onde outros fatores influenciam, como o ambiente e o estilo de vida do indivíduo e do meio onde vive (Czeresnia; Freitas, 2009).

Utilizado para analisar outros fatores que interferem sobre a saúde foi formulado o conceito de campo da saúde por Marc Lalonde em 1974; quando então, ele era titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá. Em Sciar (2007, p. 37), vemos que o conceito campo da saúde abrange:

A biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades. A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata, Cazaquistão) em 1978, promovida pela OMS foi aprovado um conceito ampliado de saúde, que considerava as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade governamental na provisão da saúde; e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde (Bezerra; Sorpreso, 2016).

A partir de então amplia-se a diferença entre os conceitos de prevenção de agravos e promoção de saúde. O prevenir, passa a ser relacionado ao controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos e envolve a divulgação de informação científica e de recomendações normativas e mudanças de hábitos. Desta forma, as doenças e suas causas, passam a ser o foco da clínica e da medicina preventiva. Enquanto que o promover é relacionado a ações mais amplas e envolvem políticas públicas do Estado; pressupondo a singularidade e autonomia dos sujeitos, não sendo mais de responsabilidade de uma área específica de conhecimento e práticas. Portanto, a promoção propõe abordagens fora do setor saúde e envolve questões sociais, políticas e culturais (Czeresnia; Freitas, 2009).

Essas diferenças são ilustradas por Buss (2009) no quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doenças
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais de saúde

Fonte: adaptado de Stachtchenko e Jenicek (1990).

Em Ottawa (Canadá, 1986), a partir da Primeira Conferência de Promoção da Saúde o discurso sanitário incluiu a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de um processo condicionado por fatores sociais e econômicos, além da alimentação, moradia, ecossistema e educação (Sucupira; Mendes, 2003).

No Brasil, influenciado pela definição sobre promoção de saúde configurada em Alma Ata e na carta de Ottawa em 1986, o relatório final da VIII Conferência Nacional de saúde destaca a relevância dos determinantes sociais na saúde e a participação popular como fatores para mudanças e o surgimento de novas alternativas para promoção e prevenção em saúde, além da redução das desigualdades e desenvolvimento da autonomia.

Direito a saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (8ª Conferência Nacional da Saúde, 1986).

Essas mudanças discutidas a partir do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, incluem a promoção da saúde e a prevenção dos agravos que passam a fazer parte das estratégias de produção de saúde, através de políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Lembrando que na década de 1970, a Reforma Sanitária que se formou a partir da luta contra a ditadura, era um movimento na saúde pública composto por ideias de mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças envolviam não só o sistema, mas todo o serviço de saúde, em busca da melhoria da qualidade de vida da população.

Em 1988, com a Constituição Federal o direito à saúde foi inserido no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social e os fundamentos do SUS.

Art. 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

Posteriormente, novos encontros e conferências relacionadas ao tema foram promovidas como as Conferências Internacionais realizadas em Adelaide (Austrália), em 1988; em Sundsvall (Suécia), em 1991; em Jakarta (Indonésia) em 1997; e em 2000 na cidade do México (México). Estas acabaram por fortalecer os aspectos apresentados nas Conferência de Alma-Ata e Ottawa, ressaltando a necessidade de novas propostas de intervenção, que fossem mais abrangentes melhorando as políticas públicas em relação à saúde e equidade (Bezerra; Sorpreso, 2016).

Neste cenário, foi implantado no Brasil a partir de 1994, o Programa Saúde da Família, sendo atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia, propõe um modelo de atenção com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial, respeitando aos princípios e diretrizes do SUS. O seu diferencial está em ser um espaço para construção da cidadania. Na Estratégia Saúde da Família os profissionais de saúde envolvidos devem desenvolver ações educativas e assistenciais em uma família/comunidade (Fertonani, 2015).

Porém, o modelo sanitarista e privatista (suplementar) ainda subsiste, apesar da ESF ser o modelo assistencial implantado pelo Ministério da Saúde. Desta forma, a prática de promoção de saúde e as ações orientadas pelas condições biológicas necessitam ser repensadas, pois podemos identificar essa influência tanto no período de formação como na atuação profissional. Esta realidade acabou fixando o modelo médico-centrado e desarticulado das ações de promoção em saúde no cotidiano do serviço (Bezerra; Sorpreso, 2016).

Na VI Conferência de Promoção da Saúde em Bangkok (Tailândia) em 2005, vemos a discussão sobre o aumento das doenças crônicas e portanto, um redirecionamento das ações de promoção de saúde (Carta de Bangkok, 2005). Propõe-se assim, o fortalecimento da comunidade e da sociedade civil para a administração dessas ações (Xavier, 2017).

Em 2006, (portaria MS/GM nº 687/2006) foi elaborada a Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil (PNPS), influenciada pela definição sobre promoção de saúde configurada em Alma Ata e na carta de Ottawa em 1986. Nesta política, destaca-se a relevância dos determinantes sociais na saúde e a participação popular como fatores para mudanças e o surgimento de novas alternativas para promoção e prevenção de agravos em saúde. Além da redução das desigualdades e desenvolvimento da autonomia (Brasil, 2015).

Neste contexto, em 2009, foi possível na VII Conferência de Promoção de Saúde em Nairóbi (Quênia) a troca de experiências que já estavam sendo aplicadas na atenção primária à saúde (Xavier, 2017); evidenciando a mobilização das comunidades em várias partes do mundo.

Na VIII Conferência de Promoção de Saúde, em Helsinque (Finlândia), em 2013 há o reconhecimento da necessidade de vontade política e de visão estratégica pelos governos e Organização Mundial de Saúde (OMS) que devem se responsabilizar para o cumprimento de obrigações para o bem-estar e saúde dos povos. Ressaltando ainda, a intersetorialidade nas políticas públicas, devido à rápida urbanização e alterações demográficas nos países em desenvolvimento (Paula et al., 2013).

Esses fatores associados aos interesses comerciais que influenciam a saúde na vida atual, foram os aspectos discutidos em Shanghai, China (9th Global Conference on Health Promotion..., 2016), na IX Conferência de Promoção da Saúde; neste encontro destacou-se a importância da política com suas escolhas e compromissos e o seu reflexo na promoção de saúde no desenvolvimento sustentável. Neste encontro foi apresentado o Consenso de Shanghai para Cidades Sustentáveis e foram feitas mesas redondas de gestores com pouca participação da sociedade civil e da academia.

Neste contexto, em 2017 temos uma revisão da PNPS, com fortalecimento e corresponsabilização dos municípios no sistema local e regional de saúde. Desta forma, diante do conceito ampliado de saúde, a PNPS necessita ser articulada a outras políticas públicas, com o fortalecimento da participação social e dos movimentos populares. Assim, pretende provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar e avaliar o trabalho em saúde. E estabelece novos elementos

indutores em sua proposta, tais como: explicitação de valores, a definição de temas transversais e de eixos operacionais, além da adequação e atualização dos temas prioritários da política (Brasil, 2018b).

Em seu objetivo geral a PNPS, estabelece:

[...] promover a equidade das condições e do modo de viver, ampliando a potencialidade de saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2018b).

Nos temas transversais, apresentam-se as referências para a formulação de agendas para promoção de saúde, para elaboração de estratégias, sendo os temas prioritários elencados; determinantes sociais da saúde, equidade e respeito à diversidade, desenvolvimento sustentável, produção de saúde e cuidado, ambientes e territórios saudáveis, vida no trabalho e cultura da paz e direitos humanos.

Para concretizar as ações de promoção de saúde, a PNPS, indica os seguintes Eixos Operacionais: Territorialização; Articulação e cooperação Intra e intersectorial; Participação e controle social; Gestão; Educação e formação; Vigilância, monitoramento e avaliação; Produção e disseminação de conhecimentos e saberes; e Comunicação social e mídia. Especificando as competências do Ministério da saúde, das Secretarias estaduais de saúde e das Secretarias Municipais de saúde. A PNPS propõe ações de promoção de saúde em consonância com os princípios e valores do SUS, possibilitando decisões e intervenções de acordo com o perfil epidemiológico.

Com evolução histórica a promoção da saúde passou a ser apresentada com diferentes interpretações e podem ser reunidas em duas principais tendências segundo Verdi e Caponi (2005) que influenciam as práticas de saúde. A primeira tendência é baseada em comportamento e se traduz em ações que visam à transformação de hábitos e estilos de vida, indicando fatores de risco e transferindo a responsabilidade ao indivíduo. A segunda implica no papel dos determinantes gerais sobre as condições de vida e de saúde do indivíduo, considerando qualidade de vida tanto individual quanto coletiva, ou seja, do meio social em que habita (Verdi; Caponi, 2005).

Como podemos ver em Buss e Carvalho (2009), diversas são as ações de promoção de saúde no Brasil. Podendo estar diretamente relacionadas ao indivíduo, a um grupo ou a uma população como um todo. E ainda podem focar em um único problema de saúde ou serem abrangentes enfrentando os determinantes sociais da saúde. Deste modo, essas ações podem ser consideradas ações educativas ou ações que envolvam a qualidade de vida das pessoas, podendo incluir-se em políticas públicas integrando saberes técnicos e populares. Sendo assim estas ações podem situar-se em dois campos: no espaço dos serviços de saúde ou no espaço das políticas intersetoriais e de desenvolvimento (Buss; Carvalho, 2009).

A proposta da intersetorialidade, envolve o estabelecimento de parcerias entre diferentes instituições com objetivos e metas comuns. Porém, há o despreparo técnico e político dos gestores e profissionais de saúde e isso dificulta uma ação integrada. Neste contexto, vemos a falta de participação da comunidade e problemas ajustados às realidades locais que necessitariam da ação intersetorial para sua resolução. Nós temos, a necessidade da formação de profissionais de saúde, voltados à visão intersetorial e às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Azevedo et al., 2012).

Verificamos em Heidmann et al. (2006) que devemos considerar a desigualdade social, pois com a deterioração da qualidade de vida das pessoas há o aumento dos riscos para a saúde e a diminuição de recursos para enfrentá-la.

A estratégia para promoção de saúde, envolve os recursos necessários à qualidade de vida das pessoas. Nesse processo de construção, o papel da sociedade civil e dos setores público e privado implica em fortalecimento econômico, político e social como fatores para a transformação da realidade.

Apesar da força do enfoque comportamental de mudanças no estilo de vida, individualizado, os profissionais de saúde devem reconhecer a necessidade da autonomia e respeito aos sujeitos, elaborando estratégias que visem melhorar as condições de vida e saúde. Sendo através do diálogo entre todos os envolvidos, a fim de melhorar o acesso aos serviços e garantir o direito à saúde e a cidadania da população (Heidemann et al., 2006).

2.2 O PMAQ-AB NA ATENÇÃO BÁSICA

Dentro da proposta do Ministério da Saúde do Governo Federal, o **Saúde mais perto de você**, do Departamento de Atenção Básica, buscava aproximar o cuidado em saúde à população, sendo composta por ações, programas e estratégias voltadas a saúde. E, essas iniciativas estruturaram a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria 2436/17 que regulamentou sua implantação e operacionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017a).

Na Atenção Básica propostas como a Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica), o Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), estão em destaque como principais programas, ações e estratégias desenvolvidas.

A Política Nacional de Atenção Básica utiliza os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os mesmos princípios e as diretrizes.

Na Atenção Básica temos um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde; desenvolvidas através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas pelas equipes multiprofissionais e que são dirigidas à população em um território definido. No território, as equipes assumem a responsabilidade sanitária e a coordenação do cuidado, disponibilizando as ações pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Atenção Básica é porta de entrada e centro para comunicação com a RAS. A proposta da Atenção Básica é ser ofertada de modo integral e gratuito para todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Dentro da proposta da atenção Básica é proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

O objetivo da atenção Básica é promover estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, a fim de evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, proporcionando a autonomia e melhora na situação de saúde.

De acordo com o artigo 3º da portaria 2436/17, nos Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica estão:

I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (Brasil, 2017a).

Na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é a condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população. A integralidade da atenção à saúde, visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. Sendo que todas as UBS (Unidades básicas de Saúde) são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (Brasil, 2017a).

Com o objetivo de avaliar a mudança do modelo de atenção e para incentivar a qualidade do serviço da saúde, em 2011 o governo federal instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ-AB (Brasil, 2011). A proposta estimula

gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território.

Em 2013, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) iniciou seu 2º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica que se encontrem em conformidade com a PNAB (Política Nacional para atenção Básica). O PMAQ-AB tendo como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propôs um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (Brasil, 2013).

Este levantamento iniciou-se a partir da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Esta Auto avaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) procura contribuir para a superação dessas concepções. Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

O PMAQ-AB é composto por quatro fases, que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e qualidade das equipes: 1- Adesão e contratualização; 2- Desenvolvimento; 3- Avaliação externa; e 4- Recontratualização (Brasil, 2011).

Na fase 1 (Adesão e contratualização) temos uma pactuação de indicadores e compromissos discutidos com a equipe e posteriormente há a adesão formal e voluntária da equipe ao Programa. Esse contrato é firmado entre as equipes de Atenção Básica, a gestão municipal e o Ministério da Saúde.

Na fase 2 (Desenvolvimento) temos a execução das ações pactuadas pelas equipes, gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde para a efetiva melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica; esta fase é marcada pelo monitoramento dos indicadores, autoavaliação das equipes, educação permanente e apoio institucional.

Na fase 3 (Avaliação externa) temos a averiguação das condições de acesso e de qualidade das equipes de Atenção Básica participantes, com visitas às unidades de saúde e entrevistas com profissionais e usuários, a fim de identificar se as mudanças pactuadas foram efetivas.

A fase 4 (Recontratualização) se caracteriza pelo reinício do processo com o seguimento do programa num ciclo contínuo, como mencionado anteriormente.

Com o resultado obtido na fase da avaliação, os valores financeiros são liberados de acordo com os resultados obtido, sendo classificado da seguinte maneira:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Recontratualização;

III - DESEMPENHO BOM: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Recontratualização; e

IV - DESEMPENHO ÓTIMO: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Recontratualização (Brasil, 2011).

Participando deste programa, o município recebe esse incentivo em repasses do governo federal, conforme atinge a melhora no padrão de qualidade no serviço de saúde. O programa é composto por conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde que se encontrem estabelecidas de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a). Posteriormente, os dados do censo de avaliação externa do PMAQ são coletados a partir de visitas técnicas às unidades, por pesquisadores vinculados às universidades e pertencentes a rede de pesquisa do PMAQ-AB.

Através desse levantamento é possível mapear as ações que são desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais de saúde no Brasil, e consequentemente identificar como as ações de promoção e prevenção de saúde estão sendo incorporadas em suas práticas.

2.3 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Atualmente, na Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família desenvolve nos territórios que estão sob sua coordenação, ações multiprofissionais proporcionando vínculo entre as famílias e os profissionais de saúde. A ação intersetorial que também é necessária para o desenvolvimento de novas práticas, a motivação e a garantia da integralidade das ações, torna-se possível a partir desse vínculo com a comunidade e a interação com os demais setores que atuam no território. Neste contexto, para Santos e Westphal, temos o desafio da intersetorialidade também se impõe durante a graduação de profissionais de saúde, pois atualmente necessitamos de um profissional que além das competências técnicas deve adequar-se às necessidades do trabalho em saúde, estabelecendo vínculos e promovendo a autonomia na comunidade (Santos; Westphal, 1999).

Segundo Chiesa et al. (2007, p. 237)

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde. Estudos têm evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população. A formação no campo da saúde encontra-se em crise, o ensino é descontextualizado, com ênfase nos conteúdos, sendo esses operacionalizados de uma forma tradicional [...].

Frente a isto, em maio de 2001, Ministério da Saúde / Ministério da Educação, através da Secretaria de Políticas de Saúde e da Secretaria de Ensino Superior, lançou o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina, visando mudança dos programas de graduação, alterando a visão da formação voltada à assistência individual e hospitalar para uma formação voltada à Atenção Básica. Nesta, devem ser considerados os aspectos sociais, econômicos e culturais da população assistida, de acordo com os princípios do SUS; possibilitando aos profissionais uma visão ampliada do processo saúde-doença e não apenas a visão do atendimento hospitalar.

Com isto, estimulou-se a utilização de um novo modelo pedagógico, agregando à técnica a condição social dos indivíduos assistidos com novas metodologias de

ensino-aprendizagem, onde o aluno passa a ser ativo em seu processo de construção do conhecimento e o professor passa a ser um facilitador dessa aprendizagem. A educação médica passou a ser vista como um processo permanente e interativo a partir da integração entre a universidade e os serviços de saúde, e essa mudança influenciou a formação em saúde como um todo (Brasil, 2001).

Em 2005, a partir da Lei 11.129, as Residências Multiprofissionais em saúde foram criadas, seguindo os princípios do SUS com as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; e considerando a integração entre ensino-serviço-comunidade de acordo com as necessidades dos cenários de prática (Brasil, 2005a).

Em 2007, foi instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com o objetivo de avaliar e credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Dentre as atribuições da comissão estão: credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde que atendam às necessidades sócio epidemiológicas da população brasileira; com validade nacional e especificação da categoria e ênfase do programa (Brasil, 2007a).

Desta forma, a formação do profissional também é afetada uma vez que a Lei de Diretrizes e Bases propõe adequações dos currículos de acordo com as necessidades do SUS e da população, alterando as diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde, através do Conselho Nacional de Educação.

CAPÍTULO IV – Da Educação Superior Art. 43. A educação superior tem por finalidade:

VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (LDB, 2017, p. 33).

De acordo com a resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017 do Conselho Nacional de Educação (CNE), as Diretrizes curriculares nacionais (DCN) devem considerar as competências e habilidades necessárias para a formação dos profissionais de saúde, esta resolução expressa pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação e pós graduação na área da saúde considerando:

V - Trabalho interprofissional, com as seguintes orientações:

a) as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade, enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade, envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde; b) os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) devem apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde; c) as DCN devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas ativos e co-produtores do cuidado em saúde, superando a perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais. VI - Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde, observando-se: a) que as DCN considerem os fundamentos das principais políticas públicas que contribuem para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo; b) que os PPC sejam construídos com a participação ativa de representações de trabalhadores, discentes, usuários e gestores municipais/estaduais do SUS, tendo em perspectiva sua adequação ao contexto social e a integração dos componentes curriculares “intra” e “inter” cursos; c) a relevância de que os PPC e os componentes curriculares estejam relacionados com todo o processo saúde-doença e referenciados na realidade epidemiológica, proporcionando a integralidade e a segurança assistencial em saúde; d) a inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a produção de conhecimentos socialmente relevantes; e) abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, Transtorno do Espectro Autista (TEA), educação ambiental, Língua Brasileira de Sinais (Libras), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena; f) os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Permanente em Saúde (EPS), e das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como elementos constituintes da formação, reafirmando o conceito ampliado de saúde; g) o fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde relacionadas à vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e à saúde do trabalhador; h) que os núcleos de conhecimento e práticas previstos nas DCN considerem temáticas relacionadas ao envelhecimento populacional, às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), à segurança do paciente e à urgência e emergência, entre outras; i) a formação política e cidadã, que requer a realização de atividades teóricas e práticas que proporcionem informações e promovam

diálogos sobre as relações humanas, estruturas e formas de organização social, suas transformações, suas expressões e seu impacto na qualidade de vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades (Brasil, 2018a).

Sendo assim, para a Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde foi definido um projeto pedagógico que contemple conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, possibilitando o contato dos profissionais recém formados com a realidade do serviço, promovendo transformações nas práticas de saúde e o envolvimento destes em atividades da gestão, atenção, formação e participação social.

Através das políticas do Ministério da Saúde portarias interministeriais 2117/2005 (Brasil, 2005b), 45/2007 (Brasil, 2007a) e ministerial 1996/2007 (Brasil, 2007b), considera-se formação Pós-graduada, (lato sensu) a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como uma formação no e através do trabalho, em diferentes cenários de prática, em regime de dedicação exclusiva em instituições de saúde (em vários níveis de atenção) que contribuem para a formação do profissional de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

No estudo de Nascimento e Oliveira (2010), verificou-se que as competências desenvolvidas durante a residência são incorporadas pelo cotidiano dos serviços, influenciando o processo de formação profissional. Sendo assim, os residentes desenvolvem uma visão ampliada o processo saúde-doença, vivenciando o contexto das famílias assistidas pela Estratégia de Saúde da Família.

Com essa nova possibilidade ganha também o serviço, uma vez que os residentes atuam como catalizadores de mudanças do processo de trabalho e um estímulo à renovação da assistência na atenção básica.

2.4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SOROCABA

Em 2013, a fim de fortalecer a integração entre as ações de saúde no município e se aproximar à área de Educação em saúde, a Prefeitura Municipal de Sorocaba - SP, deu início a implantação do Sistema Municipal Saúde Escola.

O Sistema Municipal Saúde Escola, de acordo com a Lei 10579/13, desenvolve atividades nas áreas de pós-graduação “*lato sensu*”, extensão universitária, aprimoramento, especialização, residência médica e residência multiprofissional em saúde, sob responsabilidade da Secretaria da Saúde. Além de possibilitar o desenvolvimento dos trabalhadores em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de metodologias ativas, integração ensino-serviço-comunidade, assistência, pesquisa e extensão com a participação e do controle social. O Sistema Municipal Saúde escola é composto pelos serviços de saúde próprios do município, possibilitando a atividade de preceptoria de alunos residentes aos profissionais da rede de assistência (Sorocaba, 2013).

Desenvolvendo a atividade de preceptor, o profissional de nível superior, exercita atividades relacionadas ao cotidiano da Atenção Básica e proporciona a interação dos residentes com os demais profissionais da unidade de saúde e a comunidade. O núcleo docente assistencial conta com profissionais selecionados, trabalhadores dos serviços de saúde e da secretaria de saúde do município, nas funções de docentes, tutores e preceptores. O programa ainda conta com a participação de docentes externos qualificados e de notório saber nas áreas temáticas do programa. O núcleo docente é passível de alteração de acordo com a necessidades identificadas. Os residentes recebem uma bolsa mensal no valor de R\$ 3.330,42 e os preceptores e tutores o valor de R\$ 10,00/ hora preceptoria, advindos do Fundo Nacional de Saúde (Brasil 2009a).

Dentro das diretrizes pedagógicas que norteiam a formação profissional do residente, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sorocaba, há a visão de uma revitalização das práticas de saúde para além do modelo tecnicista; inserindo uma proposta de trabalho que contemple os saberes da clínica ampliada e da saúde coletiva. A articulação do mundo do trabalho com a educação, busca a construção do conhecimento, estimulando novas formas de pensar e intervir na realidade.

Os cenários de prática utilizados são espaços dos serviços de saúde de Sorocaba; assim descrito em seu projeto pedagógico (Prefeitura Municipal de Sorocaba, 2013).

Unidades Básicas de Saúde: local prioritário de atuação na lógica do modelo de atenção da saúde da família, desenvolvendo uma Atenção Básica à saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade próxima ao cotidiano das pessoas.

Vigilância em saúde: Espaços para a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Gestão e planejamento: Espaços de Gestão da Atenção em saúde da Secretaria da saúde de Sorocaba-SP.

Policlínica: Referência ambulatorial de atenção secundária.

Rede de Atenção Psicossocial: espaços destinados ao atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo composta pelos seguintes cenários: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial.

Unidade Pré Hospitalar: Estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.

Unidade de Saúde da Família: Local prioritário de atuação das equipes de saúde da família, desenvolvendo uma atenção Básica à Saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade próxima ao cotidiano das pessoas.

Dentro da Área temática: Atenção Básica/Saúde da Família e comunidade/ Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional em Sorocaba, a carga horária destinada ao tema Atenção Básica e Promoção de Saúde, corresponde a 42 horas, distribuídas no segundo ano do curso dentro do Eixo Transversal do Programa, que possui uma carga horária total teórica de 424 horas teóricas.

Ao todo o curso possui 464 horas de aulas teóricas no Eixo Saúde da Família e mais 264 horas de carga teórica no Eixo Específico de cada Profissão, a carga horária destinada ao tema Atenção Básica e Promoção de Saúde é variável dentro do Eixo Específico de acordo com o quadro 2.2.

A parte prática do programa é composta por 4608 horas, perfazendo um total de 5760 horas de curso. O curso apresenta uma carga horária semanal de 60 horas, com um número total de 28 residentes em 2018.

Quadro 2.2 - Vagas disponibilizadas por processo seletivo anual, são distribuídas pelas seguintes categorias

Área	Vagas Anuais	Eixo Específico Carga horária em atenção primária e promoção da saúde
Educação Física	02	30
Enfermagem	10	-
Farmácia	02	-
Fisioterapia	02	25
Fonoaudiologia	02	25
Nutrição	02	20
Odontologia	02	18
Psicologia	02	15
Serviço Social	02	-
Terapia Ocupacional	02	
Total	28	

Fonte: O autor.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último censo 2010, o município de Sorocaba apresenta uma população de 586.625 pessoas, sendo que atualmente a população estimada é de 671.186 pessoas (IBGE, 2016). A partir da adesão ao programa Mais Médicos e investimentos locais, a cobertura populacional de equipes de saúde da família aumentou de 8,75% (54.290 habitantes) em 2014, para uma cobertura atual de 26.6% (164.920 habitantes); além da implementação de 3 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I composto por 8 categorias profissionais, contribuindo para a consolidação das ações de integralidade na atenção primária à saúde (Prefeitura Municipal de Sorocaba, 2016).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), são equipes multiprofissionais, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família. O trabalho do NASF utiliza o referencial modelo-metodológico do apoio matricial (matriciamento), essa integração entre a equipe NASF e equipe de Saúde da Família se organiza a fim de possibilitar um aumento na capacidade de cuidado da assistência básica, a partir do compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais. O NASF se

apresenta como uma retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, em duas dimensões: a clínico-assistencial e a tecno-pedagógica. A primeira voltada à atenção clínica aos usuários e a segunda ao apoio educativo para as equipes. Suas ações também contemplam ações coletivas com a população, sobre riscos ou vulnerabilidades ou ainda com a equipe em relação ao processo de trabalho (Brasil, 2008). Deste modo, a prática da promoção de saúde e a prevenção de agravos está intimamente ligada às atividades das equipes NASF e de Saúde da Família, estimulando a discussão sobre este aspecto na formação de novos profissionais para o SUS (Brasil, 2009b).

Estando a autora desta dissertação como preceptora na Residência Multiprofissional da cidade de Sorocaba – SP, neste estudo pretende incluir o olhar dos residentes sobre as ações de promoção de saúde que são desenvolvidas nos cenários de prática.

3 OBJETIVOS

O objetivo dessa dissertação apresenta-se como a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para o conhecimento sobre como as ações de promoção e prevenção de saúde são desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais nas equipes de Saúde da Família no contexto brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os dados sobre a atuação das equipes de Saúde da Família nas ações de promoção e prevenção de saúde, no contexto brasileiro, de acordo com o PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade 2º ciclo.
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores para a realização das ações de promoção e prevenção em saúde, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família; através de um grupo focal realizado com residentes do Programa de Residência Multiprofissional do Ministério da Educação no município de Sorocaba.
- Apresentar como a promoção e prevenção em saúde se concretiza em ações realizadas nas residências multiprofissionais, a partir de uma revisão sistematizada de artigos publicados na literatura; discutindo suas semelhanças e diferenças com a Residência Multiprofissional em Sorocaba.

- Elaborar um produto educacional que contemple as necessidades apresentadas pelo estudo proposto, colaborando para o aprimoramento da Residência Multiprofissional em Sorocaba – SP (Apêndice A).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia desta pesquisa apresenta-se como descrita a seguir.

4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

A base metodológica utilizada é a de estudo de caso, onde são consideradas várias fontes de dados para compor uma triangulação e melhor compreensão do fenômeno estudado, esta metodologia foi preconizada por Yin em 2001.

Em Yin (2001, p. 32) vemos:

[...] um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos.

A técnica de triangulação consiste em coletar informações de várias fontes de evidências, mas tendo como objetivo a verificação do mesmo fato ou fenômeno, possibilitando linhas convergentes de investigação.

O Estudo de caso nas pesquisas, segundo Yin (2001), pode apresentar diferentes propósitos, tais como; explorar situações da vida real cujos limites não estejam claramente definidos; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação ou explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitem a utilização de levantamentos e experimentos. Para desenvolver sua investigação, o pesquisador deve levar em conta um conjunto de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados, eventos que ocorrem, paralelamente, ao longo de toda o processo investigativo (Yin, 2001).

A proposta deste estudo se baseia em uma aproximação sobre o tema “A Residência Multiprofissional e a Promoção e Prevenção em Saúde na Estratégia de Saúde da Família”; baseada em informações coletadas no PMAQ-AB (Brasil, 2013) sobre ações de promoção de saúde desenvolvidas nas regiões do Brasil e nas

unidades de saúde de Sorocaba; dados de um grupo focal realizado com residentes, participantes da Residência Multiprofissional no município de Sorocaba, SP e na revisão sistematizada de artigos sobre atividades práticas em promoção e prevenção em saúde, realizadas em Residências Multiprofissionais descritos na literatura.

4.1.1 PMAQ 2013

Neste levantamento quantitativo, apresentamos os dados coletados no PMAQ-AB 2013, sobre ações de promoção e prevenção de doenças desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família no Brasil (Brasil, 2013).

As ações das equipes de saúde da família, em promoção e prevenção de agravos, também foram discutidas por Medina et al. (2014) que a partir da análise dos dados do PMAQ-AB em 2012, verificou a baixa precisão sobre o que seja de fato promoção de saúde e a pouca clareza do que se espera que as Equipes de Saúde da Família realizem sobre o assunto; ainda através dos dados do 1º ciclo PMAQ-AB de 2012, indicou uma baixa institucionalização de ações de promoção de saúde na Estratégia de Saúde da Família e sugeriu um debate sobre os conteúdos e formas de abordagem da promoção de saúde na prática.

Os dados aqui apresentados, foram obtidos a partir das respostas coletadas pelo Instrumento de Avaliação Externa dentro do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e de Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) (Brasil, 2013), realizado por pesquisadores vinculados às universidades pertencentes a rede de pesquisa do PMAQ-AB. Este grupo de avaliadores da qualidade, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes; realizam observações sobre a infraestrutura e funcionamentos das unidades de saúde; além de entrevistas com profissionais participantes das equipes, entrevistas com usuários e verificação de documentos.

O instrumento de avaliação externa é organizado em módulos, como se segue:

MÓDULO I – Observação da unidade básica de saúde

MÓDULO II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da Unidade Básica de Saúde que comprovem suas ações, e

MÓDULO III - Entrevista com o usuário na unidade básica de saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde (Brasil, 2013, p. 9).

Neste estudo, utilizamos os dados coletados a partir do MÓDULO II deste instrumento, onde temos a Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde PMAQ-AB 2º ciclo.

Em entrevista, um representante da equipe multiprofissional, com nível superior e que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, responde às questões apresentadas e apresenta elementos que comprovem a execução das práticas, facilitando assim o processo de verificação dos avaliadores do programa.

Os dados apresentados pelo PMAQ-AB 2013 foram então tratados pela pesquisadora de acordo com a frequência simples e percentual e aplicados em gráficos que representam as divisões regionais do Brasil, sendo que número total de equipes que desenvolvem as ações varia de acordo com o aspecto abordado. A propósito de comparação, foram incluídos os dados sobre as ações das equipes no município de Sorocaba para compor este estudo.

Dentro do MÓDULO II (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde), foi utilizado de II.26 Promoção de Saúde os seguintes itens:

G - II. 26 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde;

G - II.26.2.2 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Planejamento familiar;

G - II 26.2.5 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: Idosos;

G – II 26.2.7 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: Estratégias Educativas relacionadas a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;

G – II 26.2.8 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território;

G – II 26.2.9 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para Doenças Crônicas;

G – II 26.2.10 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: realizar grupos com o enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme a necessidade do território;

G – II 26.2.11 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: uso, abuso e dependência decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas;

G – II.26.3 A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou território:

G - II 26.3.1 Realiza Práticas Corporais;

G - II 26.3.2 - Realiza atividade física;

G - II 27.2 – Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no programa Bolsa Família.

4.1.2 Grupo Focal

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sede do Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde. E seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sendo aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) (parecer número 2.340.111 em 20/10/2017) (Anexo A).

O método aplicado para coleta dos dados qualitativos foi a discussão do grupo focal, que é uma técnica de coleta de dados, cujo objetivo principal é estimular os participantes a discutir sobre um assunto de interesse comum. O grupo focal se apresenta como um debate aberto sobre um tema específico. Em Cardano (2017), o grupo focal é definido como uma discussão focalizada sobre o tema proposto aos participantes.

Neste estudo, vinte e cinco participantes foram convidados a compor o grupo, com ideias e opiniões que são de interesse para esta pesquisa. São alunos residentes do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sorocaba, que já se conheciam previamente e cujo campo de prática está localizado nas unidades de saúde da cidade.

Os participantes que aceitaram o convite, foram em número de sete residentes do segundo ano, concluintes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sorocaba em 2018. Estes, desenvolviam suas atividades profissionais nas unidades básicas, cenários de prática da residência multiprofissional. O grupo foi composto pelos seguintes profissionais residentes: uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um professor de educação física e um psicólogo.

Os dados foram coletados em setembro de 2018, durante reunião realizada com o grupo de sete residentes que participaram de modo voluntário desta pesquisa, em uma sala de reuniões de uma unidade básica do bairro paineiras no município de Sorocaba.

Para o desenvolvimento do grupo focal, além do papel de moderador é também necessária a presença de um observador do grupo. Para a tarefa de observador, foi convidada uma residente do primeiro ano da Residência Multiprofissional. Esta, como observadora, participou do encontro, controlando o tempo e a gravação do grupo, além de coletar as assinaturas dos participantes.

A coleta de assinaturas foi realizada após leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, possibilitando que os participantes tirassem suas dúvidas sobre a pesquisa e uso das informações a serem discutidas na proposta (Anexo B).

A autora desta dissertação atuou como moderadora do grupo e a primeira tarefa após a apresentação, foi colocar para o grupo o tema a ser discutido. Logo após os participantes do grupo se apresentarem, iniciou-se a discussão a partir das perguntas norteadoras. Neste método, os participantes se preocupam com os pontos de vista dos outros para a formulação de suas respostas e também podem tecer comentários sobre suas experiências e a dos outros (Bauer; Gaskell, 2002). Para o grupo focal, foi realizada a filmagem do grupo, além da gravação de voz, sendo bastante interessante, pois olhares, gestos e linguagens não verbais puderam contribuir para analisar e desvendar mensagens. Para a filmagem foi utilizada a câmera FUJIFILM – Finepix S e para gravação de voz, o aplicativo Gravador de Som versão 1.33.440 via Google play store.

O grupo foi conduzido a partir do seguinte roteiro, a fim de não desviar do tema proposto (Figura 4.1).

Figura 4.1 - Perguntas norteadoras

1. Vocês lembram do dia que decidiram participar da Residência Multiprofissional em Sorocaba?
2. Como foi entrar no cenário de prática? FACILITADORES - GESTAO – PRECEPTORES – FUNCIONÁRIOS - COMUNIDADE
3. O que vocês acham sobre o trabalho desenvolvido nos campos de prática? Qual o foco das atividades? Falta alguma coisa?
4. Observando estas fotos o que vocês acham dessas ações? Essa atividade fez parte do cotidiano de vocês durante a residência?
5. O que é a promoção de saúde para vocês? E a prevenção? Expliquem melhor como as ações são desenvolvidas
6. Na sua opinião de vocês quais os desafios no trabalho multi/ intersetorial?
7. Há espaço para discussão e reflexão durante a Residência sobre o impacto das atividades desenvolvidas na comunidade com a equipe?
8. Na plataforma Saúde Brasil a população brasileira conta com canal exclusivo de informação sobre promoção à saúde. Todo o conteúdo está baseado em quatro pilares: Eu quero parar de fumar; Eu quero ter um peso saudável; Eu quero me exercitar; e Eu quero me alimentar melhor. O que vocês acham dessa proposta na prática cotidiana dos serviços? Qual seria a sugestão de vocês para essa proposta.
9. Como foi a experiência para vocês ao desenvolver ações de promoção e prevenção no cotidiano dos serviços?
10. Esquecemos algo importante? Sugestões para a residência sobre o assunto.

Fonte: O autor.

Essas perguntas foram utilizadas com o intuito de avaliar a experiência individual dos residentes do curso de residência multiprofissional em saúde. Este roteiro em tópicos foi utilizado para guiar o encontro e garantir que alguns itens importantes não fossem esquecidos, tais como: o início do trabalho no cenário de prática, a relação com os preceptores e demais profissionais, o reconhecimento do território, as atividades desenvolvidas com a comunidade, fatores facilitadores, realizações e futuro. Muitas vezes este guia ajudou na condução para retomar os pontos que não ficavam bem esclarecidos.

Os dados que foram coletados a partir do grupo focal, receberam tratamento realizado à luz da teoria “análise de conteúdo” proposta por Bardin (2004). A reunião do grupo focal, transcorreu num período de uma hora e trinta minutos e as informações gravadas foram transcritas e posteriormente categorizadas. A transcrição completa encontra-se como anexo desta dissertação (Apêndice B).

4.1.3 Revisão Sistematizada

Esta pesquisa está organizada de acordo com o uso de palavras-chave para facilitar o acesso aos artigos científicos. Para a pesquisa a partir do portal regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os seguintes termos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (tw:(EQUIPE MULTIPROFISSIONAL)) AND (tw:(RESIDÊNCIA MÉDICA)) AND (tw:(PROMOÇÃO DA SAÚDE)). A partir desta busca, cinquenta e nove artigos foram identificados, sendo que selecionamos nove artigos relacionados à experiência da residência multiprofissional e o serviço de saúde, a busca foi realizada em 28 de setembro de 2019.

Para a pesquisa realizada na base de dados PubMed, foram utilizados os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) : (((("internship and residency"[MeSH Terms] OR ("internship"[All Fields] AND "residency"[All Fields]) OR "internship and residency"[All Fields] OR "internship"[All Fields]) AND ("internship and residency"[MeSH Terms] OR ("internship"[All Fields] AND "residency"[All Fields]) OR "internship and residency"[All Fields] OR "residency"[All Fields])) AND ("patient care team"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "team"[All

Fields]) OR "patient care team"[All Fields])) AND ("health promotion"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "promotion"[All Fields]) OR "health promotion"[All Fields])) AND ("patient care team"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "team"[All Fields]) OR "patient care team"[All Fields] OR ("interdisciplinary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "team"[All Fields]) OR "interdisciplinary health team"[All Fields]). Foram identificados dezesseis artigos, sendo selecionados três relacionados a experiências de residência multiprofissional, o foi acesso realizado em dezesseis de outubro de 2019.

A partir da busca manual, foram incluídas referências na internet através de *sites*, artigos *online*, *e-books* e Google Acadêmico; sendo identificados mais dezoito trabalhos entre artigos e teses que apresentavam experiências realizadas durante o processo de residência multiprofissional no Brasil. Nestes, a proposta de promoção de saúde e prevenção de agravos foi integrada às ações desenvolvidas pelos residentes nos cenários de prática, de acordo com proposta da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) no ensino-serviço; desta forma, um total de 30 referências que abordam o tema foram selecionadas.

5 RESULTADOS

Ações de promoção de saúde demonstradas no PMAQ- AB (2013) no Brasil e em Sorocaba

Para a organização dos dados do PMAQ – AB, neste estudo, a pesquisadora elaborou gráficos, a fim de observar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças que são realizadas em todas as regiões do país, apresentando diferenças de intensidade em determinados assuntos, de acordo com as equipes e a população assistida. Para efeito de comparação os dados coletados do PMAQ – AB (2013) sobre as equipes de Sorocaba – SP também foram incluídos nos resultados.

O item II.26 Promoção de Saúde, do PMAQ- AB apresenta a oferta de ações educativas e de promoção de saúde direcionadas a determinados grupos da população assistida na unidade, descritas a seguir:

G – II 26.1 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1 - Ações em educação e promoção de saúde

Fonte: O autor.

Observamos que do total das equipes que responderam este item (n= 29778/100%) temos um índice de respostas positivas acima de 95%, sobre a realização de ações em promoção de saúde (n= 28579/95%).

Em Sorocaba temos 5 equipes de saúde da família, cadastradas no PMAQ – AB (Brasil, 2013), sendo que todas responderam que realizam ações de promoção de saúde (n= 5/100%).

Na apresentação dos demais gráficos, temos a variável “não se aplica”, de acordo com o Manual Instrutivo de avaliação externa do PMAQ-AB (Brasil, 2013). Esta variável representa situações onde uma condição prévia a sua execução não foi atendida, o que resultava em respostas diferentes de “sim” ou “não”, como “não sabe” ou “não respondeu”.

G – II 26.2.2 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: Planejamento Familiar (Gráficos 5.2 e 5.3).

Gráfico 5.2 - Planejamento Familiar

Fonte: O autor.

Gráfico 5.3 - Planejamento Familiar no Município de Sorocaba - SP

Fonte: O autor.

Com relação a estratégias de promoção de saúde sobre o tema planejamento familiar ($n = 29778/100\%$), observamos que as ações superam o índice de 70% em todas as regiões do país. Norte ($n = 8195/ 76\%$), Nordeste ($n = 1695/ 78\%$), Centro-Oeste ($n = 1639/73\%$), Sudeste ($n = 7150/71\%$) sendo que a exceção é a Região Sul onde o índice é de 61% ($n = 2759$). Neste item, Sorocaba acompanha a tendência, sendo que as ações atingem ($n = 4/ 80\%$) das equipes.

G – II 26.2.5 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: Idosos (Gráficos 5.4 e 5.5).

Gráfico 5.4 - Idosos

Fonte: O autor.

Gráfico 5.5 - Idosos Sorocaba – SP

Fonte: O autor.

Verificamos pelos gráficos 5.4 e 5.5 que a partir do total de equipes contabilizadas ($n = 29778/100\%$) temos um índice de ações superando 64% em todas as regiões do país, sendo que a Região Sudeste apresenta o menor índice ($n=6422/64\%$) e o destaque de maior índice de ações fica com a Região Norte que apresenta ($n=1721/80\%$) de suas equipes realizando ações promoção de saúde com idosos. No município de Sorocaba ($n = 5/100\%$), essas ações são desenvolvidas por ($n = 2/40\%$) das equipes, sendo um índice menor que a Região Sudeste onde o município está inserido.

G – II 26.2.7 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: Estratégias Educativas relacionadas a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (Gráficos 5.6 e 5.7).

Gráfico 5.6 - Atividades educativas relacionadas a saúde sexual e saúde reprodutiva

Fonte: O autor.

Gráfico 5.7 - Atividades educativas relacionadas a saúde sexual e saúde reprodutiva em Sorocaba - SP

Fonte: O autor.

Verificamos que do total de equipes ($n=29777/100\%$) o índice de ações acima dos 70% ($n=2128/75\%$) na Região Norte e Nordeste ($n=7222/71\%$); e no Centro-oeste ($n=1567/70\%$), sendo que nas Regiões Sudeste e Sul este índice cai para ($n=6389/63\%$) e ($n=2769/61\%$) respectivamente, no número de equipes realizando ações de promoção de saúde sobre saúde sexual e reprodutiva. As equipes em Sorocaba ($n=5/100\%$), mantem o mesmo padrão que a Região Sudeste, sendo as ações em saúde sexual e reprodutiva realizadas por ($n=3/60\%$) das equipes de saúde da família.

G – II 26.2.8 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território (Gráficos 5.8 e 5.9).

Gráfico 5.8 - Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território

Fonte: O autor.

Gráfico 5.9 - Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território Sorocaba - SP

Fonte: O autor.

Podemos verificar pelos gráficos 5.8 e 5.9 que do total (n=29778/100%) de ações de promoção de saúde relacionadas a saúde mental e sofrimento psíquico, estão por volta de 30%. Sendo ações realizadas por equipes das regiões Norte (n=534/25%) e Nordeste (n=3219/30%), (n=644/29%) na região Centro-Oeste e (n=3421/34%) na região Sudeste estando o maior número realizado (n=18822/40%) na Região Sul. Em Sorocaba (n=5/100%), as ações são realizadas por (n= 2 /40%) das equipes de saúde da família.

G – II 26.2.9 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para Doenças crônicas (Gráficos 5.10 e 5.11).

Gráfico 5.10 - Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas

Fonte: O autor.

Gráfico 5.11 - Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas em Sorocaba- SP

Fonte: O autor.

No aspecto de ações voltadas aos portadores de Doenças Crônicas, do total de equipes ($n=2779/100\%$), verificou-se um número de ($n=4509/ 70\%$) na Região Sul, ($n=7351/ 73\%$) na Região Sudeste e ($n=1475/ 66\%$) nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste ($n=7223/67\%$). Porém na Região Norte este número cai para ($n= 1231/57\%$) de equipes trabalhando nesta proposta. Em Sorocaba ($n=5/100\%$), temos ($n=4/80\%$) das equipes realizando ações para esses grupos.

G – II 26.2.10 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: realiza grupos com o enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme a necessidade do território (Gráficos 5.12 e 5.13).

Gráfico 5.12 - Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território

Fonte: O autor.

Gráfico 5.13 - Doenças transmissíveis Sorocaba- SP

Fonte: O autor.

De acordo com os dados verificamos que do total de equipes (n=29778) um menor número de equipes de saúde da família realiza ações de promoção de saúde sobre doenças transmissíveis na Região Sul (n=2330/52%). Sendo que nas regiões Norte (n=1602/74%) e Nordeste (n=7676/71%) esse número sobe, ficando acima de 70%; já nas regiões Centro-Oeste (n=6125/ 68%) e Sudeste (n= 6125/ 61%). As ações educativas sobre doenças transmissíveis, são realizadas em (n=4/80%) do total de equipes de saúde da família em Sorocaba (n=5/100%).

G – II 26.2.11 A equipe oferta ações educativas e de promoção de saúde direcionadas para: uso, abuso e dependência decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (Gráficos 5.14 e 5.15).

Gráfico 5.14 - Ações sobre o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Fonte: O autor.

Gráfico 5.15 - Ações sobre o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Sorocaba - SP

Fonte: O autor.

Com relação a ações educativas e de promoção de saúde abordando o uso, abuso e dependência de drogas, considerando o número total de equipes ($n=29778/100\%$), percebemos que o índice está por volta dos 30% das equipes nas várias regiões do país, sendo que na Região Nordeste este número aumenta para ($n=3840/36\%$) e na Região Sul ($n=1683/37\%$). Neste item a Região Sudeste apresenta ($n=3120/31\%$) e as equipes de Sorocaba não seguem o mesmo padrão da região onde a cidade está inserida, atingindo o índice de ($n=4/80\%$) de equipes realizando atividades de promoção de saúde.

No item G – II.26.3 A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou território; verificamos dentre as opções, as alternativas práticas corporais e atividade física, estão apresentados nos gráficos referentes a essas ações (Gráficos 5.16 e 5.17).

G- II 26.3.1 Realiza Práticas Corporais.

Gráfico 5.16 - Práticas Corporais

Fonte: O autor.

Do total das equipes avaliadas ($n=29778/100\%$), destacam-se a Região Sudeste que apresenta ($n=5325/53\%$) e Região Sul ($n=1871/41\%$) com equipes desenvolvendo práticas corporais, nas demais regiões estas ações são também realizadas. Sendo região Nordeste ($n=4028/37\%$), na região Centro-oeste ($n=813/36\%$) e o menor índice na Região Norte ($n=597/28\%$). Em Sorocaba, todas as equipes realizam práticas corporais ($n=5/100\%$).

G-II 26.3.2 - Realiza atividade física.

Gráfico 5.17 - Atividade Física

Fonte: O autor.

Na proposta da atividade física, o total de equipes avaliadas ($n=29158/100\%$), a Região Sudeste apresenta um índice de ($n=7623/75\%$) das equipes desenvolvendo ações nessa proposta, sendo que na Região Sul o índice está em ($n=2879/64\%$). Na Região Centro-Oeste em ($n=1332/59\%$), na região Nordeste ($n=6414/63\%$) das equipes, enquanto na Região Norte temos ($n=1035/48\%$) das equipes. Em Sorocaba, a atividade física é desenvolvida em ($n=5/100\%$) das equipes de saúde da família.

A partir destes dados foi possível verificar que em todas as regiões do país atividades de promoção de saúde são realizadas pelas equipes, com algumas variações entre os grupos a que são direcionados as ações e assuntos abordados pelas equipes. Em Sorocaba – SP, observamos que na maioria das ações, as equipes seguem a mesma tendência apresentada pelas demais regiões do país.

G-II 27.2 – Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no programa Bolsa Família (Gráfico 5.18).

Gráfico 5.18 - Bolsa Família

Fonte: O autor.

Considerando o total das equipes ($n=29778/100\%$), verificamos que o número de equipes que possuem o mapeamento sobre o Bolsa Família, está por volta de 70%. Esse número é assim distribuído ($n=7500/74\%$) na região Sudeste, na região Sul ($n=3118/69\%$), na região Nordeste ($n=7488/70\%$), com uma redução na região centro-oeste ($n=1396/62\%$) e ($n=1249/58\%$) na região Norte. A partir desses dados podemos verificar a possibilidade de intervenções pelas equipes em populações que apresentam perfil social de vulnerabilidade e promover o acesso, priorizando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças voltadas a essas comunidades. Em Sorocaba, os dados apontam para a possibilidade de acompanhamento das equipes de saúde, em todas as famílias cadastradas no programa e usuárias dos serviços nas unidades de saúde da família ($n=5/100\%$).

O Bolsa família é um programa do Governo Federal que possui três pilares centrais: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares. O objetivo da transferência de renda é o alívio imediato a pobreza, as condicionalidades seriam o reforço dos direitos à saúde e à educação, já os programas complementares, visam a superação da situação de vulnerabilidade das famílias. Em Moraes e Machado (2017), observamos a necessidade de ações de saúde associadas a ações sociais, de forma articulada, para atingir seu propósito de combate à pobreza. A partir desse acompanhamento de famílias com alta vulnerabilidade social, as equipes de saúde da família podem articular ações específicas, com foco na equidade, melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde.

Grupo Focal

Em Bardin (2004, p. 89) vemos:

[...] a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. A linguística é um estudo da língua, a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens.

A análise de conteúdo apresenta as seguintes fases para sua elaboração: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2004).

Com o material coletado através de gravação por áudio e vídeo durante a aplicação do grupo focal, posteriormente a pesquisadora realizou a transcrição dos discursos em sua totalidade e iniciou a análise de conteúdo.

A pré-análise iniciou-se a partir de uma média de cinco ou seis leituras da transcrição, onde foi identificada a impregnação de índices, frases e conteúdos que se destacavam do texto. A partir da leitura, essas temáticas foram então anotadas, inicialmente, nos próprios discursos, em cores diferentes de caneta. Desta forma, compõe-se o “corpus”; conjunto de documentos a serem considerados para a análise de conteúdo. Através dessa leitura exaustiva a categorização posterior é facilitada, com a seleção do que é comum nas falas e o que é representativo,

Na fase de exploração do material foi utilizada como regra de contagem a frequência com que as temáticas surgiram. Considerou-se todos os itens de mesmo valor, a regularidade, ou o número de vezes com que apareceu, sendo definido como mais significativo. Para definição das categorias foi utilizado o critério semântico (temas). Em Bardin (2004) vemos que para serem consideradas boas, as categorias devem possuir certas qualidades tais como: **a exclusão mútua**, ou seja, cada elemento só pode existir em uma categoria; **a homogeneidade**, para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise; **a pertinência**, as categorias devem refletir e ir ao encontro dos objetivos da pesquisa, das questões norteadoras; **a objetividade e fidelidade**, para não haver, ou se evitar, distorções devido à subjetividade dos analistas. Assim, com diferentes pesquisadores, o resultado deve ser o mesmo; **a produtividade**, as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos.

A validação dos resultados se deu através da leitura dos discursos por uma pesquisadora externa, não participante da coleta de dados, com experiência em pesquisa qualitativa. Após leitura flutuante, as categorias então foram definidas e descritas consensualmente entre a autora e a pesquisadora externa, seguindo os parâmetros de pertinência, objetividade e fidelidade.

Foram identificadas na transcrição três categorias que identificam os fatores que limitam ou dificultam as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos nas atividades da Residência Multiprofissional. Fatores facilitadores não foram destaque e apresentaram pouca ou quase nenhuma referência durante a discussão do grupo. As categorias então foram definidas;

1) Processo de trabalho dificultando as ações de promoção de saúde da equipe no cenário de prática;

2) O conceito de trabalho centrado na clínica, sendo a produção de procedimentos valorizada pela gestão; procedimentos sobrepondo-se ao planejamento e a promoção de saúde. A clínica toma o espaço da promoção e prevenção de agravos à saúde

3) Falta de compreensão de todos os atores envolvidos sobre o que é promoção de saúde. Trabalho centrado em ações pontuais.

A identificação das categorias estão exemplificadas nas falas dos participantes que estão destacadas a seguir:

Categoria 1) Processo de trabalho dificultando as ações de promoção de saúde da equipe no cenário de prática;

Durante o desenrolar do Grupo Focal, a pesquisadora pode perceber a dificuldade de inclusão do grupo de residentes no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, não havendo a compreensão de qual é a função do residente, qual o papel que desempenha na unidade de saúde, como descrito a seguir:

Eu... assim... eu me senti acolhido pelas pessoas. O que eu sinto um pouco de dificuldade é assim... Aqui no * como a gente está há mais tempo, eu acho que a gente tem um entrosamento melhor um pouco com as equipes... no * e no * a gente caiu meio de paraquedas mudou o processo de trabalho... e aí não houve pelo menos eu não lembro se aconteceu aqui... “estamos recebendo mais residentes tal...” Então assim, tinha a hora que a gente entrava, eu brinco com o pessoal... quem trabalha na unidade não sabe se eu vim entregar comida, se eu sou um usuário... porque eles não sabem... eles não sabiam o que a gente era...

Em outra oportunidade, a descrição sobre processo de trabalho, a compreensão sobre as atividades desenvolvidas pelos residentes era o atendimento individual aos usuários, como segue “Acho que hoje a gente tá bem no foco... de atender... de atendimento Promoção, prevenção acho que tá meio de lado assim... na minha opinião”.

A presença de insatisfação é percebida pelas expressões faciais de desânimo, como cabeça baixa e olhar perdido. A pressão pelo volume de atendimentos também é um fator para essas características.

Com a implantação de uma nova proposta de atendimento em núcleos, com várias profissões diferentes distribuídos em quatro unidades verificamos que os próprios preceptores, que são funcionários das unidades apresentam dificuldades em desenvolver trabalhos coletivos em promoção de saúde.

Na verdade após a mudança, do processo a gente até que ensaiou aí alguns... algumas segundas-feiras, até que meio que casou bonitinho, a gente fazer nossas reuniões de núcleo e depois a gente fazer o grupão, mas isso não aconteceu mais... E realmente tá um pancadão de atendimento, de demanda... e, acho que tem uns quatro meses, cinco meses, não sei se tudo isso que teve mudança também na nossa avaliação geral, né? E aí, assim acho que as pessoas puderam se colocar mais com relação... Eu por exemplo sentia muita falta de uma conversa pelo menos com a minha preceptora, uma conversa mais prolongada, não aquela coisa assim rapidinha de meia hora... porque assim a gente não tinha mais a nossa reunião de eixo, pra poder falar dos casos de saúde mental que são assim né... a coqueluche e não tava tendo a preceptora também assim pra conversar, porque ela também ta consumida pelo sistema... né? E aí as coisas foram mudando um pouco nesse sentido com ela... mas as nossas reuniões de eixo não tem mais...e as reuniões de segunda-feira, que seria pra discutir, mas também ta muito raso, ta muito superficial... porque enfim... viram outras pautas e quando vê já foi...

Neste momento percebemos a concordância dos demais participantes com movimentos de cabeça.

Ao considerar como o processo de trabalho era realizado nas várias unidades pelos grupos de profissionais residentes e quem utilizava o atendimento era clínico e voltado para práticas individuais, observa-se os seguintes comentários:

Acho que todo mundo. É meio contraditório né? Porque a própria... a própria residência em si, né? Ela prioriza o aprendizado, né... e aí a gente acaba ficando nessa deriva, porque a gente precisa atender, atender uma demanda né... e a gente fica com uma demanda de quatro unidades de saúde...

É aumentou... aumentou consideravelmente a demanda que a gente atende, e... é uma contradição mesmo entre o que se prega e o que se faz... a realidade né... fica... as vezes a gente não consegue entender algumas coisas, pelo menos fico bastante na dúvida... dessa iniciativa, as vezes... mas acaba sendo... as vezes uma mão de obra barata mesmo, né?

Quando o assunto voltou-se a agenda e a prática do apoio matricial, preconizada para as atividades do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde os profissionais de diversas áreas de conhecimento devem atuar em apoio e parceria as Equipes de Saúde da Família. Muitos relatos vieram a tona, havendo uma grande afinidade nas opiniões e gestos de afirmativos com a cabeça, onde o atendimento individual e falta de conhecimento sobre o caso que chega através de guias pode ser verificado pelo relato:

Sim a gente tem agenda, a gente faz a nossa agenda, né... junto com o preceptor né... É. mas assim, a gente tem as reuniões, a gente tem os matriciamentos né, mensais né... uma vez por mês, em cada unidade... então a gente discute os casos... É... em cada unidade, um dia em cada unidade uma vez por mês. E acaba que o caso chega pra você, muitas vezes em forma de guia e até... você atende individual...

Não devemos esquecer que a proposta é que os profissionais do NASF sejam a retaguarda especializada, trabalhando em duas dimensões de suporte: Assistencial e Técnico-pedagógica. Sendo que a partir de estudos de casos, em grupo compartilhem seu conhecimento específico e capacitem a Equipe de Saúde da Família para a construção em conjunto de diretrizes clínicas e sanitárias, para a população assistida. Devem produzir um apoio educativo com e para a equipe (Brasil, 2010).

Categoria 2) O conceito de trabalho centrado na clínica, sendo a produção de procedimentos valorizada pela gestão; os procedimentos sobrepõe-se ao planejamento e a promoção de saúde. A clínica toma o espaço da promoção e prevenção de agravos à saúde.

Só um adendo... uma ansiedade muito grande das equipes, né... porque a gente tem a reunião do NASF, então assim, a gente tem um... parece que o tempo limítrofe pra poder entregar uma resposta... então a gente tem reuniões mensais com a equipe... dos matriciamentos com as equipes, né.

Então a gente fica uma manhã toda né, discutindo os casos e aí né, a ansiedade, a resolatividade, né. Em por algumas... algumas determinações que eles acham que... eles acreditam que a gente vá... conseguir consertar algumas coisas, né... sendo que, cada um num funciona dessa forma. Sendo que a gente, dá uma devolutiva nas outras reuniões, mas é uma ansiedade também das equipes né... que se resolvam os casos assim....

Verifica-se a preocupação da Equipe de Saúde da Família em resolver casos individuais, sem a preocupação em utilizar o NASF como um parceiro para o planejamento de estratégias coletivas para a responsabilização sobre uma clientela específica, com objetivos comuns a todos os profissionais.

Isso aí, equipes de saúde... tá. Aí vamos trazer para a realidade de hoje... a gente tem o matriciamento mensal com o dia em uma unidade que cada equipe entra e se discute os casos... E como estão sendo essas discussões desses casos? A M. falou agora aqui, muitas vezes através de guia... então nem a equipe sabe o caso...

Desconhece o caso, e aí eu vou trazer prá cá, NASF Núcleo de apoio, e aí uma nova guinada... núcleo ampliado de saúde da família. Apoio... eu sou apoio... eu preciso, a gente precisaria assim. que o caso seja melhor entendido pela equipe, pra que... às vezes a equipe só precisa de um certo suporte... Mas parece a brincadeira do Silvio Santos, o passa ou repassa. Pega o caso e eu passo pra vocês...

Tem matriciamento hoje, daqui um mês vai ser o repassa, eu quero a resposta daquilo que vocês fizeram...

Então as equipes não estão apropriadas dos casos, isso é uma coisa assim complicado, e se a gente for ver, como a A. falou ali do que prega a residência não é isso... não é isso...

O cotidiano do serviço não apresenta espaços para discussão e planejamento de ações coletivas, desde diagnóstico do território até atividades de promoção e prevenção em saúde, como percebemos no relato seguinte.

A gente conversou muito sobre... avaliação dos nossos núcleos então, só que é assim se alguém agora abrir a porta aqui... alguém da unidade, abrir a porta aqui, eles vão achar que a gente não está fazendo nada... que a gente tá conversando certo? O nosso QG aqui no Paineiras é a sala de reunião. Então se a gente tem a reunião do NASF de manhã, discussão de casos taltaltal, sobre algo x, se a tarde tem oito dez residentes, conversando sobre algo... e alguém abre a porta, os residentes não estão fazendo nada... O entendimento é... os residentes estão fazendo alguma coisa... tá aqui atendendo alguém... ou está lá ele, dois, três e com a comunidade. Então assim, resgatando um pouquinho do que foi falado anteriormente, até eu falei um pouco sobre isso, falta um pouco de entendimento do que é a Residência, tanto pra Unidade, não nesse sentido de que não entenda o que é a residência, mas algumas cordas puxadas ao contrário foram de preceptores... foram de preceptores também tá? Nesse sentido... Porque também... as vezes...

- Ai, vocês vão ficar aí discutindo? Mas se vocês vão...

- Porque ao invés de ficar aí discutindo sobre x, porque que vocês não vão...

Só que para eu ir, eu preciso me organizar para... ok? E simplesmente eu chego na Escola e vou entrar... Como é que... não é assim.

Neste momento, a vontade de apresentar propostas e ter espaço para discussão, empolga os participantes que passam a falar mais alto e participam mais ativamente com falas mais longas, demonstrando a ansiedade em obter resultados em seu trabalho e decepção com a falta de reconhecimento.

Categoria 3) Falta de compreensão de todos os atores envolvidos sobre o que é promoção de saúde. Trabalho centrado em ações pontuais.

As atividades desenvolvidas não contemplam as necessidades da comunidade assistida, sendo que muitas vezes os próprios profissionais acabam se desgastando e não se estabelece um ambiente propício ao desenvolvimento de ações intersetoriais ou mesmo de atividades em Educação Popular em Saúde (Brasil, 2017b).

Hoje? Acho que a C. comentou sobre isso a gente só tá pegando os casos, assim... não se previne e não se promove nada... a gente só tá pegando as pessoas que vem... vamos falar o português claro, “detonadas” pra gente, seja na área da educação seja na área da saúde mental... não se previne ou não se promove nada...

Na verdade, eu vou até mais longe gente, a gente tem essa preocupação com o usuário, com as famílias... é... enfim no geral, inclusive no serviço. Mas tem residente adoecendo... é tão latente, que tem residente adoecendo... por conta, desta coisa mal estruturada...

Percebe-se a falta de espaço para discussão e elaboração de propostas, o próprio ambiente de trabalho estabelece uma rotina que impossibilita a observação de outras formas de responder às demandas da comunidade e dos profissionais.

Dez horas no campo, né... E na hora que a gente grita, que a gente precisa de um espaço de saúde pra nós, pra gente poder dar conta aí... do resto que falta... então assim só pra você ter uma noção.

E eu vim com uma expectativa muito grande, né... E as vezes a gente acaba vendo que é. os outros espaços, né. É que é uma questão muito estrutural, de sistema né, que a gente envolve muitas outras coisas, mas tá tudo muito... muito precário... tá tudo muito desorganizado né... mal incentivado, mal motivado né; os profissionais em si, né... a questão da resolutividade... mas aí a gente entra em numa... num assunto que é estrutural mesmo... numa pobreza estrutural do sistema capitalista.

E esse compromisso com a melhoria na qualidade de vida pessoas, não é assumido no serviço como um todo, em todas as esferas, da gestão ao acolhimento, perpassando pela equipe e residentes. A fala demonstra tristeza e impotência diante da realidade que se impõe.

Essa questão da resolutividade é uma coisa assim que me incomoda muito assim, porque na hora que a gente acolhe... é ... a gente vai até onde dá pra ir aqui enquanto atenção básica e agora né, o que que nós temos na rede? Como é que essa rede conversa, como essa rede se entrelaça, e aí é muito frustrante neste sentido... muito mesmo né. Mas...

Eu acho que uma dessas barreiras assim né, todas essas estruturais e tal... e acho que é a gente conseguir inventar coisas assim. inventar coisas que sejam muito interessantes... ó a gente teve uma experiência de... uma tentativa de construir alguma coisa que seria interdisciplinar e a gente não conseguiu caminhar, não conseguiu fechar ... finalizar....

A gente até gostaria de fazer mais, mas não é repetido entendeu. Assim... Ah o residente não pode fazer... É logico que assim, que no dia-a-dia a gente... eu falo que gostaria de fazer mais, porque a gente tá indo por outro caminho mas... Quando a gente se propõe se organiza...

Há a percepção que o modelo assistencial individualizado se sobrepõe a uma clínica compartilhada e da carência de uma intervenção interdisciplinar com troca de saberes, capacitação e responsabilidade de todos. O próprio ambiente influencia a qualidade das ações que são propostas e a falta de compreensão sobre a importância da promoção de saúde corrobora para a manutenção do modelo biomédico.

É mais fácil pra gente assim... nesse novo modelo que a gente tá, pra coisas mais pontuais assim... tipo fazer algo mais... que tenha uma... continuidade fica um pouco mais difícil porque cada dia a gente tá em uma unidade e isso demanda reuniões, planejamento, então fica mais difícil fazer uma coisa mais planejada assim... são coisas mais pontuais e mais específicas,

Acabou de acontecer algo que eu acho... pelo que a gente conversa... que acontecem o tempo inteiro né. Sei lá, por mais que a gente... que as coisas cheguem pra gente, de uma maneira assim que pareça uma ação assim de demanda por trabalho curativo... chega dessa maneira assim... como se a situação fosse ser curativo. Eu acho que ali, naquele atendimento, mesmo sendo uma coisa ali pontual, eu acho que talvez ali a gente exercite um pouco disso assim, de promoção de saúde assim pra aquela pessoa também, a gente dá um jeito assim de inserir, de trazer...

O foco do atendimento permanece na produção de procedimentos e atividades quantitativas, impossibilitando a formação de residentes críticos e reflexivos. Ainda apresenta-se forte o modelo tradicional, com a falta de ferramentas para aplicar o conhecimento colaborativo na prática do serviço.

E fica prejudicado, talvez... por uma logicaa de gestão assim.. talvez... que sabe que seja um pouco... pouco superior... e que é mais difícil de quebrar assim... né, talvez seja a lógica, tipo assim... produtivista né?... Querooooo atendimento... quero resultado... quero um número, ééé... e a grande contradição é que esses trabalhos não né? Pelo menos não... né? Mas você precisa também, produzir maneiras de mostrar isso, né? Pras pessoas assim... pra elas... nossa dá mesmo né?

Neste relato, a insegurança em agir fica presente; a fala é mais lenta e as palavras pensadas, mostrando receio de expressar o que se pensa realmente a respeito do cotidiano do serviço e da falta do apoio necessário para promover mudanças.

Ações de prevenção e promoção de saúde nas Residências Multiprofissionais

A organização e escolha dos trabalhos se deu pela importância dessas vivências para a elaboração de uma proposta educativa para os residentes que será o produto educacional desta dissertação. Este produto será um módulo específico

sobre Promoção de Saúde, a ser incluído no Programa de Residência Multiprofissional em Sorocaba – SP, possibilitando a discussão sobre o uso de estratégias diferentes para a condução de ações coletivas de promoção de saúde e desenvolvendo nos residentes as competências necessárias para elaboração, organização, implementação e avaliação dessas ações nos cenários de prática.

Em 1996, Thompson et al. já era destacada a importância da medicina incluir a prevenção de doenças, a promoção de saúde e saúde de comunidade em sua prática. A proposta da atenção primária voltada a comunidade, pode também ser uma estratégia educacional para o desenvolvimento de competências. Nesta proposta, uma equipe multidisciplinar foi criada para apoio a formação dos residentes de clínicas de família e supervisionaram seu projetos comunitários. Esse método proporcionou um trabalho entre os residentes e representantes da comunidade, possibilitando ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença e despertar a importância da inclusão de outras profissões, complementando a ação dos residentes médicos.

Em Nascimento e Oliveira (2010), verificamos que na ESF, as ações de promoção da saúde fazem parte do enfoque de reorientação do modelo assistencial. O objetivo desta prática é se tornar um instrumento de conscientização e de superação de vulnerabilidades e deixar de ser uma simples estratégia para a prevenção de doenças, para tanto se faz necessária a compreensão dessas práticas de saúde a fim de que elas se tornem instrumentos de promoção de qualidade de vida.

O momento da residência multiprofissional, portanto, deve possibilitar o exercício dessas práticas, fortalecendo a formação; mas como Fernandes e Backes (2010) sugerem, para que isso ocorra na prática, é necessário uma melhor qualificação das equipes e uma melhoria no espaço físico das unidades; com espaços adequados para desenvolver atividades junto a população. O conhecimento e aplicação de novas técnicas e metodologias interessantes e qualificadoras para o trabalho em equipe, proporciona um aumento da participação da comunidade. E assim, torna-se possível a criação de mais grupos educativos e divulgação dos serviços. Fernandes e Backes ainda orientam ouvir mais os usuários e trabalhar o preconceito com os profissionais do serviço, utilizando a prática dialógica, para a melhor expressão das ideias; o exercício da autonomia; da liberdade e da

emancipação das pessoas. Neste processo, é fundamental o respeito ao tempo e ritmo de cada um para a mudança.

Dentro desta proposta de trabalho, Alves et al. (2019) apresenta a experiência de residentes numa ação interdisciplinar, onde foram desenvolvidas atividades aos finais de semana. Os alunos da Residência Multiprofissional atuaram em duas escolas envolvidas no projeto de Escola da Família em Botucatu, que estavam dentro da mesma área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF). Os residentes junto com a coordenação do programa, elaboraram um grupo de atividades para praticarem durante o ano de acordo com as demandas da comunidade escolar.

As ações foram desenvolvidas no campo da saúde, da autonomia e da cultura. Com isso houve o aumento do vínculo entre a comunidade e a USF, sendo que os aspectos discutidos durante as intervenções foram repassadas também para o setor escolar. A interdisciplinaridade promoveu mais espaços para discussões sobre autonomia do cuidado, prevenção de agravos e promoção de saúde de uma maneira didática e lúdica, propondo novas formas do agir em saúde.

Para embasar a formação do residente multiprofissional, alguns autores propõem o uso do modelo CompHP europeu, a fim de fortalecer as competências essenciais para ações promoção de saúde, uma vez que não existe uma matriz de competências essenciais para essa prática no Brasil. O modelo (CompHP) *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*, proposto pela *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), é um projeto desenvolvido para adequar padrões de prática. (Evangelista et al., 2016).

A utilização de padrões de ações estruturadas e adequadas a serem desenvolvidas pelos programas de residência multiprofissional, atuariam sobre nove domínios de competência: defesa da saúde; parceria; possibilidade de mudanças; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação; e pesquisa. Pela necessidade do desenvolvimento de ações padronizadas e bem estruturadas, adaptadas ao contexto; os profissionais precisam ter o domínio de estratégias de intervenção no plano micro e macro, para isto devem ser aperfeiçoadas as etapas de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação e pesquisa por

todos os atores envolvidos na formação dos profissionais residentes da Residência Multiprofissional em saúde (Evangelista et al., 2016).

Em sua tese Romcy (2018), discute a formação em saúde durante um Programa de Residência Multiprofissional, considerando que como estes são Espaços de Formação Permanente, devem fortalecer a relação entre a universidade e o serviço, para que o processo de formação se dê nos dois ao mesmo tempo. Destaca ainda que o cenário de prática é um ambiente que sofre cotidianamente a pressão do modelo medico-centrado, pela necessidade imediata de saúde e cuidado pelos usuários do serviço.

Evidencia-se portanto a necessidade do conhecimento sobre as demandas do território para um diagnóstico, planejamento e implementação das ações de promoção em saúde, como vemos em Cezar et al. (2015); onde, após o diagnóstico do território feito pelas residentes de psicologia, foram verificados os recursos disponíveis, as demandas existentes e a realidade dos usuários e da equipe. Posteriormente, um mapeamento da rede de atenção do município foi realizado, possibilitando a articulação entre a assistência social, educação e saúde mental às equipes de saúde da família. Incluíram participações em espaços coletivos, como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde, o trabalho das Aldeias infantis SOS, Conselho Tutelar, Hospitais e escolas. Houve também a preocupação de obter contato com os setores de meio ambiente, segurança pública e justiça.

Deste modo, a partir da estratégia de apoio matricial ou matriciamento; tecnologia de gestão preconizada para equipes NASF; o trabalho das equipes de referência local passou a ter um apoio de especialistas que a partir da discussão de casos e temas específicos, compartilharam seu conhecimento com a equipe de saúde da família. Em Cezar et al. (2015), a equipe de residentes do NASF, também realizou ações individuais pontuais, com visitas domiciliares, além de fortaleceram as ações promotoras de saúde em grupos interdisciplinares. Grupo de Hiperdia (grupo de Hipertensos e Diabéticos), grupo de caminhada e grupos para mulheres, todos com o objetivo de trabalhar os aspectos subjetivos e questões de relacionamento pessoal. Ações em sala de espera, campanhas, mutirões e eventos da unidade de saúde também foram realizadas, além de interconsultas (acompanhamento de um médico psiquiatra ou psicólogo atendendo à solicitação de um médico de outra

especialidade), com gestantes e puericultura fortalecendo a interdisciplinaridade e a humanização; além de atividades educativas nas escolas da comunidade.

Verifica-se portanto a preocupação na diversificação de ações com a comunidade, sendo que as consultas individuais foram direcionadas para casos específicos.

Na proposta de Paiva et al. (2013), na residência multiprofissional, a área da terapia ocupacional foi introduzida no cotidiano do serviço através de oficinas de planejamento; onde os residentes elencaram a necessidade da comunidade e listaram os atores responsáveis para a operacionalização da proposta, articulando a residência com as redes de suporte local. Houve o empenho na formação ou solidificação de grupos já existentes na unidade de saúde. Estes grupos criaram na comunidade momentos de reflexão sobre o autoconhecimento e autocuidado, mudanças de hábitos, prevenção de agravos, momentos de descontração, trocas de experiências, lazer, interação social. Nas intervenções pontuais, os terapeutas ocupacionais lançaram mão de recursos internos (dos sujeitos) e externos (da comunidade, do coletivo e das redes). Assim, através da promoção da consciência comunitária sobre o fazer saudável, desenvolveram atividades de forma significativa, proporcionando espaços saudáveis de convivência e socialização.

Vemos que atuando na lógica do apoio matricial às equipes de Saúde da Família, com o compartilhamento do saber da terapia ocupacional na resolução de casos complexos das famílias, dos grupos e das comunidades assistidos; Paiva et al. (2013) verificaram a necessidade da ampliação no repertório das atividades desenvolvidas e as diferentes relações das pessoas com seus fazeres. Com isto, os terapeutas ocupacionais investiram na formação e/ou solidificação de grupos nos Centros de Saúde da Família e no território, focando nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Uma experiência semelhante foi apresentada por Gomes e Brito em 2013, onde a partir do matriciamento o residente de terapia ocupacional, buscou atividades que estivessem dentro da realidade das famílias, usuários e equipes. O residente se inseriu na equipe e desenvolveu temas sobre sexualidade com pré-adolescentes; também em parceria com a unidade de saúde da família, uma escola municipal da

região, desenvolveu um projeto com corpo de bombeiros onde as atividades tinham enfoque social e de cidadania.

Cunha e Rodrigues (2016), apresenta o trabalho realizado por residentes de nutrição na perspectiva de ação do NASF, onde o matriciamento e os atendimentos pontuais foram realizados; porém, com a introdução de grupos de orientações à mães de bebês de 4 a 6 meses, possibilitou espaços para elucidar dúvidas sobre alimentação. E ainda como o apoio para usuários com sobrepeso e práticas integrativas desenvolvidas com outros profissionais da unidade de saúde, promoveu aos residentes uma partilha de seu conhecimento com os demais envolvidos e uma melhor integração destes profissionais ao serviço.

Outra experiência voltada para a atividades de promoção de saúde foi apresentada por Sales (2016), onde residentes multiprofissionais fisioterapeutas, proporcionaram grupos de rodas de conversa com a comunidade, grupos de apoio ao cuidador (incluído os profissionais da unidade), trabalhos em sala de espera, oficinas com famílias; baseando-se na Educação Popular. Deste modo, valorizando os saberes prévios da população, estimulado o diálogo e a participação comunitária, foram desenvolvidas ações como, caminhadas comunitárias e atividades coletivas para crianças e adolescentes, gincanas e campeonatos na praça.

Desde 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, (Brasil, 2014) possibilita o uso de práticas e metodologias que possibilitem uma maior integração entre os trabalhadores de saúde e os usuários do serviço. Nestes espaços há a possibilidade da ressignificação dos saberes e das práticas de cuidado. Compete à gestão municipal do SUS, a implementação e o monitoramento de ações do plano operativo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde de acordo com as realidades, demandas e necessidades locais. O plano operativo desta política, prevê ações em quatro eixos estratégicos: Participação, controle social e gestão participativa; Formação, comunicação e produção de conhecimento; Cuidado em saúde; Intersetorialidade e diálogos multiculturais (Brasil, 2017b). Na prática a educação popular em saúde, promove o relacionamento entre os participantes; sendo o lúdico e a arte, ferramentas que possibilitam aos facilitadores uma aproximação com a comunidade e sua realidade.

Neste aspecto, temos a contribuição de Paulo Freire para mudar a abordagem do trabalho de Educação em Saúde pelas Equipes da Saúde da Família. A sua proposta de problematização desenvolvida para a alfabetização de adultos, possibilita hoje que as equipes promovam saúde e a reflexão sobre o processo saúde-doença. Possibilitando a transformação do modelo assistencial de saúde tecnicista e verticalizado em um modelo mais humanizado e horizontal; não só entre os profissionais na equipe, mas entre os profissionais e usuários. E promovendo ações articuladas e intervenções às necessidades sociais de saúde da população assistida (Feitosa, 1999).

Sales (2016) ainda descreve que grupos com gestantes, foram aplicados em parceria com o Núcleo de Apoio de Práticas Integrativas (NAPI). As práticas integrativas, foram instituídas no SUS a fim de estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação por meio de tecnologias eficazes e seguras (Brasil, 2006). Nesta proposta a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a integração do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade; são aspectos a serem considerados para uma visão ampliada do processo saúde-doença, promoção global do cuidado com ênfase ao autocuidado (Brasil, 2010).

Com a proposta de integração com escolares, Ramos (2013) apresenta uma experiência interdisciplinar, onde uma equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade que desenvolveu nos anos de 2009 e 2010, um projeto em uma escola de educação infantil. Neste, as atividades tinham o objetivo de ampliar o conceito de saúde, incluindo hábitos saudáveis e a cidadania no cotidiano. A partir de oficinas que tinham como fundo contos infantis, elaboraram atividades que incluíam higiene pessoal, meio ambiente, alimentação saudável, prevenção de acidentes, violência e uso de drogas. Com o apoio de outros profissionais diferentes, incluindo educadores e bombeiros, possibilitou-se a integração intersetorial no território e a discussão de assuntos pertinentes ao conceito ampliado de saúde. Vemos nesta proposta, o fortalecimento de atividades direcionadas a identidade, autonomia e relações com o meio, garantindo a participação de outros atores sociais, possibilitando a estratégia de promoção de saúde.

A inclusão do educador físico na Residência Multiprofissional pode proporcionar uma maior participação da comunidade e uma diversificação das atividades no cenário de prática. Vemos esta experiência em Corrêa et al. (2014), onde a participação dos residentes de educação física, possibilitou a integração com demais profissionais para o acolhimento não só da demanda de pacientes com queixa de emagrecimento, mas também, para a prática em promoção de saúde na população em geral. Nesta proposta, foram constituídos grupos para *Tai chi chuan* e dinâmicas que envolviam práticas corporais, além da participação dos residentes na manutenção de hortas comunitárias, com plantas medicinais, condimentos e legumes. Essa participação em conjunto com o NASF, também incluiu a presença em Conselhos Locais e Municipais de saúde. Dentro da proposta da Educação Permanente, o residente possibilitou a formação de Facilitadores, que eram profissionais dos serviços de saúde, em ginástica chinesa (*Lian Gong*) para a disseminação da prática. Além disso possibilitou a implementação de práticas corporais integrativas pela SMS, com atividades como yoga, biodança, *Tai chi chuan* e *Lian Gong*. Deste modo, diversificou as atividades para a população, agregando essas novas práticas ao cotidiano.

No campo da fonoaudiologia, Correia e Coelho (2012), apresentam a atividade dos residentes de fonoaudiologia nas escolas, numa proposta de identificação dos problemas auditivos. Neste projeto, as ações são voltadas a promoção de saúde, prevenção e identificação precoce da perda auditiva de escolares. Apesar da importância desta proposta, as residentes relataram a dificuldade em estabelecer a parceria com a escola, a capacitação dos professores e a falta de um espaço físico adequado para a realização dos exames. Além da demora no atendimento otorrinolaringológico especializado para os casos de risco identificados.

Estas propostas de trabalho foram desenvolvidas por alunos residentes, que integrados com equipes de Saúde da Família possibilitaram formas diferenciadas de apoio a população.

Um aspecto que podemos observar em Gadelha e Barreto (2018) é a influência da gestão no desenvolvimento de trabalhos de promoção à saúde, seu estudo analisa a percepção dos atores envolvidos sobre a contribuição da Residência Integrada com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Foram realizadas 42 entrevistas com gestores, trabalhadores, preceptores e residentes de sete municípios do

Ceará, Brasil, de julho de 2015 a agosto de 2016. Observa-se no depoimento do secretário da saúde a observação que os residentes possibilitaram um diagnóstico do território, algo que não era possível fazer, pois os profissionais do serviço não tinham tempo disponível.

Esse fator também é identificado por Wanderley em 2010, onde ressalta que a falta de estrutura e organização do serviço para receber o residente, requer a autonomia e pro atividade dos residentes em seu processo de formação.

Na experiência de Nordi e Acioli (2017), vemos o relato do processo de trabalho interferindo nas ações de matriciamento em saúde mental. Nordi e Acioli (2017), verificaram que o apoio matricial apresentou problemas de entendimento da proposta, enfrentando a predominância de práticas curativas biologicistas como solução aos problemas da população. Posteriormente, com a integração entre os profissionais, foi possível a prática de pactuações e com um trabalho interdisciplinar houve a construção de projetos terapêuticos comuns, e assim uma nova perspectiva para o planejamento e a gestão do apoio matricial no sistema de saúde.

Na residência multiprofissional descrita em Araújo et al. (2018), a proposta de realizar atendimentos na modalidade "coletiva e compartilhada", possibilitou classificação por faixa etária de crianças e o estabelecido um cronograma, contando com a participação de assistente social, cirurgião-dentista, enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo juntamente com a enfermeira preceptora, fortalecendo o atendimento interprofissional de promoção e prevenção em saúde.

Em 2014, Girardi em sua dissertação apresenta o modelo de oficinas terapêuticas (OT), elaborado a partir de sua prática como Assistente Social, desenvolvida na Secretária Municipal de Saúde do Município de Cruz Alta-RS, com usuários em potencial da Política de Saúde Mental. A Oficina Terapêutica (OT) foi utilizada como estratégia para a inclusão de pessoas em sofrimento psíquico e/ou que usam drogas. O foco do trabalho em OT foi a promoção da saúde na perspectiva da educação popular, onde cada indivíduo é protagonista de sua vida e de sua saúde. As oficinas foram utilizadas como espaços de geração de renda e inserção no trabalho para seus participantes, além de cenário para aprendizagem de residentes de Programas de Residência Médica (RM) e Residência Multiprofissional

em saúde (RMS). Sendo uma proposta de implantação como atendimento em outras Estratégias de Saúde da Família na Atenção Básica com uma nova visão dos modelos assistenciais.

Como podemos ver em Arroyo (2009), há um grande interesse nas esferas acadêmicas, nas organizações profissionais e no setor saúde nos níveis mundial e regional na temática da formação profissional em promoção de saúde. O Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Pessoal em Educação para Saúde e Promoção de Saúde vem estudando os diferentes focos, competências e características e a consequente diferença da formação profissional em promoção de saúde na América Latina. Entre os tópicos discutidos pelo Consórcio temos: desenvolver currículos e competência profissionais para programas acadêmicos de promoção e educação em saúde; definir as competências e *know-how* para orientar as iniciativas de capacitação em promoção de saúde para o pessoal de saúde pública; fortalecer e aumentar as redes acadêmicas e profissionais de promoção de saúde na América Latina; organizar reuniões e eventos acadêmicos e publicações sobre o assunto. Como desafios ainda inclui em sua proposta, a manutenção de um fórum ativo para aprimoramento de competências; expandir a oferta de treinamentos em promoção de saúde, desenvolver cursos sobre disciplinas de promoção de saúde; aumentar as redes entre as instituições na América Latina; aumentar a produção de teoria e conceitos sobre promoção de saúde, educação em saúde e práticas relacionadas no contexto latino-americano; melhorar a difusão de experiências em publicações, conferências e fóruns de intercâmbio eletrônico.

Em Battel-Kirk et al. (2009), vemos que as competências a serem desenvolvidas durante a formação do profissional em promoção da saúde incluem vários aspectos tais como: valores éticos; conhecimento; favorecimento de mudanças; advocacia; mediação através de parceiros; comunicação; liderança; avaliação ou diagnóstico das necessidades; planejamento; implementação e avaliação de pesquisa.

Tavares et al., em 2016, discute que um modelo que inclua o desenvolvimento de competências em promoção da saúde na formação, requer estratégias de ensino que possibilitem o aprimoramento e o favorecimento de mudanças. Isto, exige um processo educativo que envolva saberes técnicos e a capacidade de problematizar

situações do cotidiano. Nesse aspecto, Tavares et al. (2016), evidencia a transformação nas instituições para a formação em promoção de saúde numa visão ampliada; trazendo a problematização e a inclusão de outros fatores, como por exemplo, os determinantes sociais. Deste modo o processo educativo ampliaria a capacidade de reflexão dos trabalhadores em saúde e a reorientação de suas práticas em promoção de saúde.

Este tema também é discutido por Motta et al. (2008) descrevendo o trabalho no Núcleo de Atendimento ao Idoso (NAI) na Universidade Aberta da Terceira Idade/UERJ no Rio de Janeiro (RJ), onde o programa de residência vem sendo construído com discussões em equipe, possibilitando através da problematização o desenvolvimento do aluno como participante e agente de transformação social, sendo capaz de detectar os problemas e buscar soluções. A busca é a formação e o desenvolvimento de profissionais aptos a atuar, de forma inovadora, nas questões geradas pelo envelhecimento populacional em suas especificidades.

Outros fatores também são relatados sobre a residência, como vemos em Guerra e Costa (2017) que apresentam como limitador das práticas da residência a carga horária exaustiva de 60 horas semanais. Isto acabaria refletindo no fazer profissional e não possibilitando ao Residente a crítica sobre sua prática e o repensar sobre suas intervenções, estimulando a formação de um profissional imediatista e tecnicista.

Vemos então que muitas vezes a educação em saúde é desvalorizada, com a prioridade para atendimentos individuais, sendo que a integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, objetivos da Residência, ficam para segundo plano. Guerra e Costa (2017) ainda destacam a necessidade de superar a lógica de treinamento em serviço e pensar a Residência como formação continuada que forma para o SUS.

Refletir sobre o agir intersetorial que remete à integralidade ampliada do cuidado, exige pensar as determinações micro e macrosociais, a dimensão sócio-histórica, sua relação com a vida individual e coletiva, sendo necessária, no cotidiano dos processos de trabalho, a perspectiva interdisciplinar, compreendendo a importância de cada saber como possibilidade de intervenção, elencando a intersetorialidade como estratégia de atuação em equipe, o que requer alterar o modelo assistencial e de gestão (Guerra; Costa, 2017, p. 468).

Neste aspecto Fiorano e Guarnieri (2015), desenvolveram um relato de experiência, dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde na Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em parceria com os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul e ressaltou que a falta de recursos provenientes dos Ministérios para alavancar os programas de residência multiprofissional, através de incentivos financeiros em todas as instâncias envolvidas e dificuldades de articulação entre os municípios, devido as diferentes estratégias de políticas de saúde surgem como limitantes no desenvolvimento da proposta.

Em Jackson et al. (2015), temos o relato de um programa de saúde bucal pré-natal (pOHP) desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte (UNC) pela Faculdade de Medicina Chapel Hill (SOM) e Faculdade de Odontologia (SOD) onde foi implementado. A proposta liderada por um odontopediatra, obstetras e ginecologistas, foi testada em três centros de saúde comunitários na Carolina do Norte (EUA); possibilitou o acesso a vídeos, materiais e sites sobre educação em saúde bucal para os profissionais dos centros de saúde e para as gestantes. Este projeto que em conjunto com o Programa de Saúde Oral do Bebê (bOHP) que estabelece os cuidados de saúde bucal preventiva precoce e proporciona uma clínica odontológica aos bebês de um ano de idade. Proporcionou a comunicação entre os profissionais médicos e dentistas que estão em formação, para uma ação multidisciplinar com um atendimento abrangente ao paciente.

No Canadá, Drummond et al. (2012), apresentam como fundamental a implementação do trabalho interprofissional a existência de uma liderança clara e explícita, propondo o fortalecimento na organização, a conduta e promoção da educação interprofissional na atenção primária; e que isto pode ser conseguido com o fortalecimento de pesquisas na área interprofissional para ajudar os alunos praticarem em ambiente clínico essa ação e serem mais colaborativos.

Como proposta para o desenvolvimento de competências e humanização vemos em Hoffman e Máximo (2019), a utilização da Educação Popular em Saúde, como ferramenta para a aproximação dos residentes à realidade dos usuários do serviço de saúde. A oportunidade de reflexão sobre o trabalho desenvolvido e o reflexo deste na vida dos sujeitos, possibilita um olhar ampliado sobre o serviço de saúde e sua potencialidade na transformação de realidades (Brasil, 2014).

Ayres (2006), discute que dentro da proposta de humanização dos serviços de saúde, atividades interdisciplinares podem ser orientadas pelo Cuidado em Saúde; envolvendo escolarização, competências profissionais, desenvolvimento de talentos, lazer, socialização, desenvolvimento comunitário entre outros, inclusive a participação política. Nesta visão, temos a compreensão das relações sociais envolvidas no processo saúde-doença e a possibilidade do setor saúde desenvolver intervenções, articular e planejar ações, monitorando os processos e seus resultados. Ou seja, a ideia de Cuidado, poderá produzir mudanças se forem apoiadas na intersetorialidade, interdisciplinaridade e considerarem os projetos de vida dos indivíduos e grupos que se beneficiem desse serviço.

6 DISCUSSÃO

Algumas semelhanças entre as descrições na literatura também podem ser verificadas durante a discussão do grupo focal; a falta de apoio aos residentes pela equipe do serviço, o número de horas em campo sobrecarregando os residentes, e a presença do modelo médico centrado, com ações curativas sobrepondo-se às ações de promoção de saúde. Porém, se formos nos ater aos dados quantitativos do PMAQ-AB (2013), verificamos que através dos números, ações de promoção e prevenção de saúde tem sido realizadas. Isto nos leva a pensar sobre qual a qualidade e grau de importância, intensidade e impacto, essas ações se realizam no cotidiano dos residentes nos cenários de prática em Sorocaba.

Foi possível compreender a partir do Grupo Focal, a necessidade de fortalecimento dos conceitos sobre promoção e prevenção em saúde e a importância do fornecimento de ferramentas para a aplicação destes conceitos no cotidiano do serviço. Só assim será possível o diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das ações voltadas a comunidade que estejam de acordo com as expectativas dessa comunidade. Todos estes aspectos são fundamentais para o desenvolvimento das ações de promoção de saúde, como verificamos nos trabalhos publicados a respeito.

A partir dos dados coletados através PMAQ-AB, foi possível verificar o empenho das equipes de saúde da família em desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde no Brasil, porém podemos considerar que ainda temos alguns os limitadores para o desenvolvimento dessas ações na prática

Dentro da realidade dos residentes, detalhadas no grupo focal, vemos vários aspectos que influenciam na qualidade das ações de saúde e prejudicam as intervenções de promoção; vimos que o processo de trabalho interfere nas ações de promoção de saúde da equipe no cenário de prática e reflete na atuação do residentes. A preponderância do conceito de trabalho centrado no atendimento individual onde a produção e número de procedimentos sobrepõe-se ao planejamento e a vigilância em saúde, demonstrou quanto é difícil a mudança de modelo.

Isso se traduz na falta de compreensão de todos os atores envolvidos do processo da residência sobre o que é promoção de saúde; sendo o trabalho em promoção e prevenção de saúde reduzido a ações pontuais.

Percebe-se portanto que no cotidiano das equipes de saúde, muitas vezes a Educação em Saúde em seu modelo hegemônico, com a visão de dominação do saber técnico dos profissionais sobrepondo e responsabilizando os indivíduos pela sua condição de saúde ainda se perpetua.

Esses fatores somados a incompreensão sobre os conceitos de promoção e prevenção de saúde, modelo de assistência, gestão do serviço de saúde e processo de trabalho refletem no modo como as equipes e residentes trabalham a promoção de saúde e em como a Educação em Saúde se desenvolve.

Neste estudo várias experiências que foram identificadas na literatura sobre ações de promoção e prevenção em saúde, mostram que as atividades desenvolvidas estão vinculadas a problemas identificados pelo serviço, com pouca integração interdisciplinar. O modelo de palestras, com pouca participação dos envolvidos ainda é bastante utilizado. São poucas as iniciativas com a preocupação em desenvolver a cidadania e autonomia dos indivíduos, possibilitando que sejam feitas escolhas e não imposições para mudanças de comportamentos.

Essa tomada de decisão e escolha sobre as informações de saúde apresentadas deve ser consciente. E a reflexão pode ser estimulada através de ações de promoção de saúde que respeitem os valores, crenças e vivências das pessoas

Mas para isto aconteça é fundamental a garantia de espaço para a discussão e planejamento dentro dos serviços de saúde; possibilitando a utilização ferramentas metodológicas que viabilizem a prática de ações em promoção de saúde durante o período da Residência Multiprofissional, a fim de que esta experiência sirva de arcabouço aos profissionais para mudança no modelo de assistência.

Uma proposta que pode auxiliar os novos profissionais apresentada na literatura é a prática da Educação Popular em Saúde. Esta, exige um trabalho voltado para a formação de coordenar ou de facilitar a integração em grupos de Educação Popular. E existem elementos que devem ser estimulados e desenvolvidos que não podem ser esquecidos, tais como: o saber interagir, a capacidade de trabalhar com

objetivos claros e o domínio da técnica para conduzir o processo sem manipular os indivíduos, entre outras competências.

Para a Educação Popular em Saúde, o espaço para organização das ações de promoção de saúde deve ser garantido, tanto em sua preparação como em sua avaliação. Esta avaliação pode ser realizada a partir de registros gravados ou escritos pelo grupo, onde vários aspectos podem ser considerados desde a qualidade da participação do grupo até a análise sobre oportunidades perdidas para aprofundamento da discussão. Este aprendizado, pode ser uma ferramenta fundamental para elaboração de propostas e a realização de trabalhos coletivos na comunidade.

Identificamos que através do Caderno de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2007c), muitas orientações sobre desenvolvimento de grupos para Educação em Saúde são apresentadas com o objetivo de fortalecer estratégias de promoção e prevenção, podendo servir de guia para a formação nas equipes multiprofissionais.

Trabalhos coletivos, desenvolvidos nas comunidades com temas que possibilitem o diálogo e o pensamento crítico dos envolvidos, fazem parte da Residência Multiprofissional e das estratégias promotoras de Saúde. O respeito ao conhecimento prévio dos indivíduos, com adequação da linguagem e a contextualização do assunto, abre espaço para os participantes refletirem sobre a vida e possibilita que os indivíduos se questionem a respeito de suas próprias escolhas.

Ações intersetoriais, promotoras de saúde, apresentadas nas experiências descritas nesta dissertação e o reconhecimento das dificuldades apresentadas pelos residentes da Residência Multiprofissional em Sorocaba, podem servir como uma contribuição para repensar a importância das ações de promoção de saúde durante a formação profissional.

O momento de reflexão proporcionado pela realização do grupo focal, apresentou também como resultado, o reconhecimento da importância do espaço de discussão pelos residentes participantes desta pesquisa. Isto gerou a mobilização e empenho dos participantes na realização do Fórum Avaliativo da Residência Multiprofissional em Sorocaba, no dia 24 de Novembro de 2018. O Fórum Avaliativo

reuniu a equipe da Seção de Educação em Saúde responsável pela da Residência Multiprofissional em Sorocaba, Preceptores e Residentes.

Nesta oportunidade, os alunos apresentaram as seguintes propostas:

1. Promover a vinculação da teoria com a prática, rompendo a lógica criada através do distanciamento entre o diálogo das profissões, dando ênfase ao trabalho em equipe/multiprofissional.
2. Garantir a divulgação por semestre de cronograma das aulas com o planejamento pedagógico que contemple o conteúdo a ser ministrado e sua bibliografia de apoio. Com profissionais com maior proximidade com a prática e com organização de conteúdos mais articulados entre si, considerando quem somos, onde atuamos e o que já foi abordado em outros momentos, a fim de estimular uma participação mais ativa dos residentes em aula, considerando a importância desse papel mediador. Incluir também nesse cronograma espaço para a devolutiva das atividades de dispersão e demais momentos avaliativos.
3. Levar as aulas teóricas de um conteúdo básico para um nível mais elevado, mais aprofundado. As aulas estão pautadas em conteúdos básicos tanto para R1 quanto R2. Aproximar as aulas teóricas às ementas e bibliografias sugeridas para estudos. Não ocorre um corpo estruturado de docentes.
4. Esclarecimento sobre o formato das aulas de eixo e preceptoria visando alinhar/padronizar tais momentos entre as profissões. Garantir que as discussões sejam vinculadas às necessidades dos residentes do território, propondo um planejamento em conjunto e integração para a prática transdisciplinar. Principalmente no que inclui integração entre equipes de apoio e residentes nas equipes de referência e R1 e R2.
5. Sobrecarga do processo de trabalho: 4 a 5 UBS. O trabalho perde em continuidade e acumulando obrigações/responsabilidades que não cabem aos residentes. Falta integração dos residentes com a UBS; rever o processo de atendimento das UBS de forma a garantir melhores processos de trabalho incluindo a coordenação das UBS nas discussões com a

coordenação dos programas de maneira a fortalecer o trabalho multiprofissional e o programa de residência em si. Garantir a participação da odontologia e enfermagem em formato multiprofissional.

6. Estágios: que os preceptores junto com os residentes possam articular os espaços de estágio, planejando dentro de cada Categoria, em áreas de interesse do residente, pensando na agenda do residente. Cronograma de estágio ocorrer apenas no primeiro ano de residência com objetivo de conhecer a rede e não atuar como mão de obra, sendo notificado com antecedência. E também que a escolha dos estágios ocorra de forma igualitária para todas as profissões/especialidades; volta do percurso.
7. Criação do manual do residente; entrevista dos futuros ingressantes; entendimento do perfil do residente em edital do processo seletivo com as competências de cada categoria; apresentar em edital as especialidades onde irão residir inseridos em equipes NASF.
8. Avaliação e revisão dos processos de trabalho em todos os territórios com todos os atores que participam dos processos envolvidos com o programa de residência a fim de favorecer os vínculos entre todos e melhorar os trabalhos; o residente não pode ser confundido como referência da unidade.

Desta forma, podemos verificar como a valorização do diálogo, a identificação de processos de trabalho diferentes e o exercício de propostas educacionais bem sucedidas podem fortalecer a formação dos novos profissionais de saúde e ampliar as possibilidades de implementação da promoção de saúde nos serviços.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa revela o empenho das equipes multiprofissionais no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em todas as equipes de Saúde da Família no Brasil. A partir da análise dos dados apresentados pelo PMAQ- AB 2º ciclo, verificou-se que as ações são desenvolvidas em todas as regiões, apresentando intensidades diferentes em alguns itens, de acordo com particularidades locais. Em Sorocaba, destaca-se o desenvolvimento de ações voltadas a prática corporal e o acompanhamento de todas as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família do Governo Federal; estas ações, são realizadas em todas as unidades de Estratégia de Saúde da Família do município. A observação destes dados identifica a possibilidade de introdução de novas práticas e ações específicas às necessidades das populações adscritas nos territórios; ou até mesmo, o fortalecimento das ações já desenvolvidas.

Através deste estudo, foi possível também a verificação das especificidades relatadas em um Grupo Focal com os residentes da Residência Multiprofissional em Sorocaba – SP sobre o tema Promoção de Saúde e prevenção de doenças. Neste grupo focal, evidenciaram-se as dificuldades apresentadas pelos residentes nos cenários de prática, traduzidas por: identificação o processo de trabalho centrado na clínica, falta de compreensão sobre a necessidade planejamento de ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de agravos e, um modelo de transmissão de informações de saúde focado em palestras e encontros pontuais.

Isto sugere a necessidade do fortalecimento do conceito de Promoção de Saúde durante a formação e a oportunização de experiências que possibilitem o desenvolvimento de novas competências nos residentes.

A partir das experiências de ações promotoras de saúde descritas na literatura e apresentadas neste estudo; foi possível verificar que a identificação de abordagens diferentes amplia a visão não só do residente em formação, mas também da equipe em que ele se insere; ou seja, a Residência Multiprofissional abre um espaço para potencializar discussões, estratégias e práticas que estimulam atividades perenes nos serviços de saúde, com resultados concretos na comunidade.

As semelhanças e diferenças entre as ações realizadas em Residências Multiprofissionais, servem de arcabouço para a discussão e inspiração para novas propostas de ações coletivas; obviamente, respeitando as especificidades de cada território e comunidade onde haverá a intervenção. Além disso, também pode possibilitar a auto avaliação profissional em todas as esferas envolvidas, através da garantia de um espaço para a reflexão e planejamento.

Os desafios da formação do residente multiprofissional em Sorocaba - SP, envolvem outras competências além da técnica. O ensino em serviço não só possibilita o olhar crítico sobre as ações em saúde e suas relações com a comunidade assistida; mas também, a oportunidade de reflexão sobre a multiprofissionalidade e a intersetorialidade nos serviços de saúde.

Novas práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças podem transformar o modelo de assistência, estimulando o interesse e o propósito de propiciar qualidade de vida às pessoas.

REFERÊNCIAS¹

8ª Conferência Nacional da Saúde; 17-28 mar. 1986 Mar; Brasília, DF; Brasil. 1986 [citado 12 ago. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.

9th Global Conference on Health Promotion: Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016; 2016 Nov 20-24; Shanghai, China. 2016 [citado 15 ago. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/9gchp-mayors-consensus-healthy-cities.pdf?ua=1>.

Alves MJ, Araújo HPA, Costa LAS, Marques MCS, Alencar RA. Ação interdisciplinar de promoção à saúde no programa escola da família: relato de experiência de residentes do programa multidisciplinar em saúde da família. *Nursing*. 2019 maio;22(252):2875-7.

Araújo CD, Lucena EES, Tavares TRP, Araújo TB, Araújo CM, Costa BMB, et al. Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. *Rev Ciênc Plural*. 2018 fev;4(2):87-101.

Arioli IGS, Schneider DR, Barbosa TM, Da Ros MA. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicol Ciênc Prof*. 2013;33(3):672-87. doi: 10.1590/S1414-98932013000300012.

Arroyo HV. Professional training and competency development for health promotion capacity building in Latin America. *Glob Health Promot*. 2009 Jun;16(2):66-72, 56. doi: 10.1177/1757975909104111.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade In: Martins MA, Carrilho FT, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CC, editores. *Barueri: Manole*; 2009. Vol 1, p. 1-46.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*. 2012;22(4):1333-56. doi: 10.1590/S0103-73312012000400005.

Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Glob Health Promot*. 2009 Jun;16(2):12-20. doi: 10.1177/1757975909104100.

Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *J Hum Growth Dev*. 2016; 26(1): 11-6. doi: 10.7322/jhgd.113709.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (1990a set 20); Sec.1:18055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (1990b dez. 29).

Brasil. Lei n. 11129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa nacional de inclusão de jovens; cria o Conselho nacional da Juventude (CNJ) e secretaria nacional da Juventude. Altera as leis n. 10683, de 28 de maio de 2003 e 10.429 de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2005a jul. 1); Sec.1:1.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 45/GM/MS, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília* (2007a jan. 15); Sec.1:28-9.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2009a nov. 13); Sec.1:7.

Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2117, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005b nov. 04); Sec.1:112.

Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2019 [citado 12 ago. 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília (2018a fev. 26); Sec.1:85-90.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Projeto de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina. Brasília (2001 maio). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília (2008 jan. 25); Sec.1:38.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2006 maio 4); Sec.1:20.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, 19 julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília (2011 jul. 20); Sec.1:79-80.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886/GM, 18 de dezembro 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (1997 dez. 22).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, 5 novembro 1996. Norma Operacional Básica. Diário Oficial da União, Brasília (1996 nov. 6); Sec.1:22932-40.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2017a set. 22); Sec.1:68.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 15, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2017b abr. 3); Sec.1:81.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: instrumento de avaliação externa para equipes da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de atenção básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.19-42.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciênc Saúde Coletiva. 2009 dez;14(6):2305-16. doi: 10.1590/S1413-81232009000600039.

Cardano M. Manual de pesquisa qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2017.

Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 6a Conferência Global sobre Promoção da Saúde; 11 ago. 2005, Bangkok, Tailândia. [citado 23 out. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1.

Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A psicologia na estratégia de saúde da família: vivências da residência multiprofissional. Psicol Ciênc Prof. 2015;35(1):211-24. doi: 10.1590/1982-3703000012014.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007 abr/jun;12(2):236-240. doi: 10.5380/ce.v12i2.9829.

Corrêa LQ, Valerio MP, Teixeira AO, Guerreiro LF, Silverio DF, Machado PT, et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. Rev Bras Promoção Saúde. 2014 set;27(3):428-33. doi: 10.5020/18061230.2014.p428.

Correia RBF, Coelho JMS. Ações em saúde auditiva escolar no município de Sobral-CE: percepção de fonoaudiólogos. Rev Bras Promoção Saúde. 2012 jun;25(2):228-34. doi: 10.5020/18061230.2012.p228.

Cunha D, Rodrigues VB. Vivência do residente em nutrição da RMAB no processo de trabalho do NASF na Região de saúde leste do Distrito Federal. Tempus, Actas de Saúde Coletiva. 2016 out-dez;10(4):289-95. doi: 10.18569/tempus.v11i1.2288.

Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Drummond N, Abbott K, Williamson T, Somji B. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: implications for education and training. *Can Fam Physician*. 2012 Aug;58(8):e450-8.

Evangelista SC, Machado LDS, Tamboril ACR, Moreira MRC, Viana MCA, Machado MFAS. Percurso das ações de promoção da saúde na residência multiprofissional: análise à luz de um referencial europeu. *Tempus*. 2016 out-dez;10(4):69-82. doi: 10.18569/tempus.v11i1.2291.

Feitosa SCS. Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de educação [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 1999.

Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010 ago;63(4):567-73. doi: 10.1590/S0034-71672010000400011.

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Jun;(20):1869-78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014.

Fiorano AMM, Guarnieri AP. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? *ABCS Health Sci*. 2015 set-dez;40(3):366-9. doi: 10.7322/abcshts.v40i3.823.

Gadelha AKS, Barreto ICHC. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22(1):1339-51. doi: 10.1590/1807-57622017.0183.

Girardi SA. Oficina terapêutica como modalidade terapêutica em Saúde Mental na Atenção Básica [dissertação]. Porto Alegre: Coleciona SUS; 2014.

Gomes JA, Brito C. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. *Rev Ter Ocup*. 2013;24(1):81-6. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v24i1p81-86.

Guerra TMS, Costa MDH. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. *Textos Contextos*. 2017;16(2):454-69. doi: 10.15448/1677-9509.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):352-8. doi: 10.1590/S0104-07072006000200021.

Hoffmann J, Maximo CE. A Educação popular em saúde como dispositivo transformador das práticas de produção da saúde no município de Itajaí-SC. *Rev Pesqui Prát Psicossociais*. 2019 jan/mar;14(1):1-14.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados São Paulo-Sorocaba. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 14 ago 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sorocaba/panorama>.

Jackson JT, Quinonez RB, Kerns AK, Chuang A, Eidson RS, Boggess KA, et al. Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *J Dent Educ*. 2015 Mar;79(3):241-8.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada; 1974.

LDB: Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2017 [citado 28 nov. 2020]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bas es_1ed.pdf.

Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Junior EP, Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate*. 2014 out;38(n. esp):69-82. doi: 10.5935/0103-1104.2014S006.

Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate*. 2017 set;41(N. spe 3):129-43. doi: 10.1590/0103-11042017s310.

Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1143-51. doi: 10.1590/S1413-81232008000400010.

Nascimento DDG, Oliveira MADC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010 out/dez;19(4):814-27. doi: 10.1590/S0104-12902010000400009.

Nordi ABA, Aciole GG. Apoio matricial: uma experiência da residência multiprofissional em saúde. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(2):485-500. doi: 10.1590/1981-7746-sol00053.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF: OPAS; 2015. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Capítulo 1, p. 2 [citado 23 nov. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med.* 2008 out/dez;32(4):492-9. doi: 10.1590/S0100-55022008000400012.

Paiva LFA, Souza FR, Saviol KC, Vieira JF. A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2013 dez;21(3):595-600. doi: 10.4322/cto.2013.061.

Paula DMP, de Faria MA, de Almeida JDL. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. *Cad IberAmer Direito Sanit.* 2013;2(2):860-9. doi: 10.17566/ciads.v2i2.127.

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2013.

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Secretaria de Saúde. Projeto pedagógico. Programa de Residência Multiprofissional. Sorocaba: Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2016.

Ramos CI, Langoni CS, Morés FB, Hermel JS, Drehmer LBR, Peretto M, et al. A promoção da saúde na “terra do nunca”: uma experiência interdisciplinar. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2013 set;26(3):436-41. doi:10.5020/18061230.2013.p436.

Romcy GS. Formação in(comum) e caminhos de sua produção: cenas da residência multiprofissional em saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2018.

Sales RC. O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. Rev APS. 2016 jul/set;19(3):500-4.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud Av. 1999 jan-abr;13(35):71-88. doi: 10.1590/S0103-40141999000100007.

Scliar M. História do conceito de saúde. Physis. 2007;17(1):29-41. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003.

Sorocaba (Cidade). Câmara Municipal. Lei n. 10.579, de 25 de setembro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Sistema Municipal Saúde Escola, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Sorocaba, Sorocaba (1 out. 2013) [citado 20 out. 2019]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sorocaba/lei-ordinaria/2013/1057/10579/lei-ordinaria-n-10579-2013-dispoe-sobre-a-instituicao-do-sistema-municipal-saude-escola-e-da-outras-providencias>.

Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. Can J Public Health. 1990 Jan-Feb;81(1):53-9.

Sucupira AC, Mendes R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. SANARE: Rev Políticas Públicas. 2003 jan/fev/mar;4(1):7-10.

Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 Jun;21(6):1799-808. doi: 10.1590/1413-81232015216.07622016.

Thompson R, Haber D, Fanuiel L, Krohn K, Chambers C. Community-oriented primary care in a family practice residency program. Fam Med. 1996 May;28(5):326-30.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):82-8. doi: 10.1590/S0104-07072005000100011.

Wanderley LCS. O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Xavier AB. As Cartas das Conferências Internacionais sobre promoção da saúde: uma análise das tendências ídeo-políticas. Anais do 7º Seminário Frente Nacional Contra Privatização da Saúde: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos; 27-29 out. 2017; Maceió, Al, Brasil. Maceió: Fórum SUS; 2017.

APÊNDICE A - Produto Educacional

Educação e promoção em saúde - Módulo Educacional
para Residência Multiprofissional

CC BY-SA: Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

RESUMO

A promoção de saúde se concretiza através de ações que possibilitam preservar a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Ações educacionais, ambientais, políticas, sociais e econômicas, podem proporcionar comportamentos e condições de vida mais saudáveis; porém, isso também é influenciado pelo nível de informação, conscientização e motivação dos indivíduos. Este produto educacional, resulta do estudo realizado para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, através do Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, da Universidade de São Paulo (USP). E sugere uma nova abordagem da promoção de saúde, durante a formação de alunos da Residência Multiprofissional em saúde, através da realização de um módulo específico sobre Promoção de Saúde, dentro do Eixo Teórico do Programa da Residência Multiprofissional de Sorocaba - SP. O objetivo deste módulo é a compreensão, discussão, reflexão e desenvolvimento de propostas para trabalhos coletivos e projetos de intervenção na comunidade, através da troca de experiências e uso de diferentes estratégias educacionais. O desenvolvimento de ações promotoras de saúde recebe influências das condições locais do cenário de prática, do comportamento dos profissionais e das expectativas dos usuários. Apesar da promoção de saúde possibilitar o enfoque de aspectos que envolvam o processo saúde-doença das pessoas, como desemprego, violência, acesso à educação e cultura, ambientes saudáveis, qualidade da água e outros; observa-se que muitas ações desenvolvidas ainda são voltadas à prevenção de doenças, centradas nos aspectos de comportamento e estilo de vida individual. Este módulo educacional foi elaborado com o objetivo de possibilitar aos residentes o desenvolvimento de competências necessárias para a condução de trabalhos coletivos, inspirados na Educação Popular em Saúde e na construção de redes de apoio. Assim, o residente compreenderá quais as habilidades necessárias para ser coordenador ou facilitador de grupo; podendo executar trabalhos coletivos com objetivos claros e metas definidas. Esta proposta educativa pretende facilitar a interação entre o serviço de saúde e a comunidade, através de ações intersetoriais. E tem a finalidade de estimular a formação de residentes que se disponibilizem a organizar trabalhos coletivos, promovam a reflexão nos grupos com a comunidade e proponham intervenções respeitando o conhecimento prévio dos participantes, sua cultura e seu modo de vida.

Palavras chave: Promoção da Saúde. Educação Interprofissional. Educação em saúde.

JUSTIFICATIVA

A produção do conhecimento a partir da integração com a comunidade, possibilita a melhor compreensão sobre os modos de vida, culturas e do processo saúde-doença de cada território a ser trabalhado. Muitas experiências exitosas já desenvolvidas podem servir de apoio para a construção de estratégias de abordagem específicas para os cenários de prática dos residentes. A utilização da problematização nos grupos de trabalho coletivos, possibilita uma melhor escuta dos profissionais sobre as necessidades dos usuários. Além de propiciar o respeito e a cidadania, dando voz a comunidade.

Ementa

Este módulo se destina a compreensão do conceito promoção de saúde, a relação do processo saúde-doença e seus determinantes; a importância da socialização de informações para o fortalecimento da saúde nas comunidades e a articulação das ações voltadas às necessidades sociais em saúde com a participação popular. Promover a reflexão sobre a Educação em Saúde, a construção de redes intersetoriais e as políticas de promoção de saúde no SUS. A estratégia utilizada será o uso de aulas expositivas, dialogadas e projetos. As atividades realizadas pelos grupos, exercitarão a proposta problematizadora, a discussão e apresentação dos trabalhos realizados. Atividades de ensino como de estudo de caso, debates e apresentação de seminários poderão também ser utilizados.

Carga Horária 30 horas: Distribuída em 7 temas

Conteúdo: 1. Promoção de Saúde e prevenção de doenças – conceito e histórico. 2. Métodos de Ensino e aprendizagem. 3. Educação Popular – Método Paulo Freire e as qualidades do educador popular. 4. Saúde Coletiva aspectos Interprofissionais e Intersetoriais. 5. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família. 6. Campos da ação multiprofissional na promoção de saúde. 7. Apresentação do plano de ação para realização de uma intervenção em promoção de saúde.

Ao final do módulo o aluno será capaz de:

- Compreender conceitos relacionados com a promoção da saúde: intersetorialidade, qualidade de vida, criação de ambientes saudáveis, participação popular e desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas;
- Conhecer os métodos e práticas direcionadas à educação em saúde e educação popular;
- Identificar a legislação que regulamenta o SUS e suas políticas de promoção da saúde;
- Compreender a importância do trabalho multidisciplinar e construção de parcerias intersetoriais para a prática da promoção de saúde;
- Demonstrar a aplicação do diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação e divulgação para a realização de intervenções em promoção da saúde na comunidade;
- Identificar as necessidades da comunidade, possibilitando o espaço para diálogo, escuta sobre suas expectativas e respeito à sua cultura.

Módulo Educacional para Residência Multiprofissional

Tema: Educação e promoção em saúde

Eixo Teórico: Multiprofissional

Total: 30 h

Cronograma do Curso

Objetivos	Horário	Descrição metodológica	Recursos	Produto
TEMA 1				
Identificar o conhecimento prévio dos participantes sobre o tema Promoção de saúde, esclarecendo dúvidas	4h	Apresentar os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças através de exposição oral dialogada sobre o tema	Divisão em grupos Disponibilização de artigos e documentos sobre o tema. Elaboração de painel	Apresentação do painel elaborado pelo grupo com auto avaliação sobre trabalho desenvolvido
TEMA 2				
Refletir sobre o método pedagógico na elaboração de projetos coletivos	4h	Estudo dirigido sobre métodos de ensino e o processo ensino aprendizagem	Pesquisa de artigos e de vídeos sobre o tema	Elaboração de síntese crítico reflexiva sobre o assunto apresentado
TEMA 3				
Apresentar a Educação Popular em Saúde e sua aplicação	4h	Coleta dados de sobre as bases teóricas da educação popular em saúde e discussão em pequenos grupos	Disponibilização dos textos do caderno de educação popular	Exposição oral dos grupos, apresentando as fases para a elaboração da proposta e as qualidades necessárias para um educador popular

TEMA 4				
Conhecer as políticas elaboradas para a realização de atividades intersetoriais e coletivas no SUS	4h	Construção coletiva de um painel sobre as políticas de educação em saúde no SUS	Disponibilização das políticas e links para consulta	Discussão sobre as propostas de educação em saúde no SUS
TEMA 5				
Propor atividades de Educação em saúde dentro da Estratégia saúde da família	4h	Apresentação de um estudo de caso, com diagnóstico situacional fictício, para planejamento	Livros, artigos e bases de dados para identificação de propostas e sugestões de ações	Apresentação dos grupos sobre o planejamento e execução das ações distribuídas entre os membros da equipe
TEMA 6				
Identificar na literatura, projetos já realizados nas residências multiprofissionais	4h	Estudo dirigido sobre projetos, discussão entre os alunos sobre as abordagens factíveis	Pesquisa em banco de dados, ações e relatos de experiências	Síntese crítica reflexiva em grupo sobre o assunto abordado
TEMA 7				
Exercitar a proposta de atividade coletiva em grupo, utilizando os princípios da Educação Popular em saúde	6h	Os alunos escolherão temas que servirão de base para a discussão dos grupos, onde serão os facilitadores	Cada grupo realizará um encontro seguindo o modelo da educação Popular em Saúde	Planejamento, diagnóstico, objetivos, metas e avaliação do encontro realizado pelo grupo e relatório sobre a atividade

REFERÊNCIAS

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade In: Martins MA, Carrilho FT, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CC, editores. Barueri: Manole; 2009. Vol 1, p. 1-46.

Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*. 2012;22(4):1333-56. doi: 10.1590/S0103-73312012000400005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (2017 set. 22); Sec.1:68.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 15, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (2017 abr. 3); Sec.1:81.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 dez;14(6):2305-16. doi: 10.1590/S1413-81232009000600039.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007 abr/jun;12(2):236-240. doi: 10.5380/ce.v12i2.9829.

Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010 ago;63(4):567-73. doi: 10.1590/S0034-71672010000400011.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003.

APÊNDICE B - Transcrição Grupo Focal

Mediador

Bom pessoal, primeiro gostaria que vocês... que cada um falasse qual a formação; pode começar

Meu nome é A..., sou assistente social, residente NASF norte.

Sou J..., terapeuta ocupacional, NASF norte

Meu nome é Ma... sou nutricionista,

Meu nome é C... sou fisioterapeuta,

Meu nome é Jf... sou fonoaudióloga,

M... profissional de Educação Física,

V... psicólogo

Mediador

Então pra gente iniciar, eu gostaria que vocês lembrassem do dia que vocês decidiram fazer residência profissional... como foi?

(Silêncio 10 segundos)

Ma. Eu tava... posso?

Mediador

Isso... vamos todo mundo aí...

Ma. Não, eu lembro que eu tava no estágio, e... estágio né... da faculdade normal... e pesquisando no momento que a gente tinha lá... pra ver na internet... pesquisando daí que eu vi que haveria uma residência multiprofissional, que até então eu achava que só tinha a residência médica, e vi residência multiprofissional e fui pesquisar pra saber o que era. Aí eu vi que tinha área de nutrição, né? E foi aí que eu vi e me interessei, só a que eu vi era em São Paulo... não era a de Sorocaba, mas eu vi que tinha aqui também... então...

A. Comigo também, eu soube do processo seletivo aqui de Sorocaba né... e também não tinha assim essa informação na faculdade, que tinha a residência multi né, sabia só da residência médica e aí eu soube por uma amiga que ia ter e achei interessante porque como eu tava... começando a sair da faculdade e... uma carga extensa assim poderia me trazer muita experiência, pra entrar em outro campo assim que eu terminasse, no momento também que eu estava sem emprego tava saindo da faculdade, né?... então foi dessa forma...

M. Pra mim foi um momento de mudança na minha vida, eu tava em São Paulo em 16 e ia vim e voltar pra Sorocaba em 17, eu sou daqui mesmo, isso já estava fixo em minha cabeça que no começo do ano eu estaria voltando pra Sorocaba, eu não sabia que existia a residência Multiprofissional, nesse nível, mas eu sabia que o profissional de educação física, ele atuava no SUS, mas eu não sabia como. E aí, meio que uniu o útil ao agradável, lendo, procurando... ah através da residência... e aí coincidentemente no começo do ano de 17 abriu o processo seletivo para... Eu vindo pra Sorocaba e queria saber como o profissional atuava no SUS, me interessei por e fiz o processo para participar da residência

Jf. Bom... é ...desde que entrei na faculdade, lá tem bastante residência então já comecei o processo de residência profissional, médica... e desde... desde o começo e já entrei assim quando eu sair da faculdade eu quero fazer a residência é uma coisa que já tinha em mente... principalmente, porque quando a gente saindo da faculdade não é experiente em algumas questões... e pensei a residência poderia me proporcionar um pouco de maturidade... assim na minha área, aí eu pesquisei várias residências que tinham e uma delas foi aqui de Sorocaba.

C. A minha também foi parecida com a maioria do pessoal... né, tive contato com essa informação pela faculdade através de amigos né? ...que ...já no penúltimo, último ano tavam decidindo o que iam fazer ...e tal... e daí surgiu essa ideia da residência né, que eu não conhecia. Aí fui procurar, pesquisei, vi que tinha em vários lugares já, até então só conhecia a residência médica mesmo, e aí me interessei, um ano tentei, não consegui aí fui fazer outra coisa e aí eu vi que precisava realmente né... de que a gente sai da faculdade precisa de uma experiência e achei muito interessante porque é uma experiência profissional junto com uma pós-graduação. E aí eu tive contato com essa de Sorocaba que eu não conhecia e acabei prestando aqui e consegui passar aqui.

V. Eu saí também da faculdade direto pra residência... não que... eu fui tomando essas decisão aos poucos assim... soube a primeira vez num congresso que participei, foi no último ano da faculdade, aí depois eu soube que amigos entraram em residências e fui conversando com as pessoas que também tavam pensando sobre isso assim... que outras pessoas tinham indicado, professores... é... uma ideia de fazer uma transição entre esse espaço aí.. acadêmica assim mas que tenha alguma prática também, pra uma entrada no serviço e no mundo do trabalho um pouco... mais processual assim... um pouco mais aos poucos do que... já chegar de uma vez assim... e se deparar talvez com uma realidade assim... de problemas que a gente ainda não estivesse completamente preparado pra lidar. Acho que esse é o sentido assim... do que é dado pra mim assim... porque fazer a residência.

Mediador

Sim...

E a hora que vcs chegaram aqui no campo de prática... Como foi essa recepção?

(Silêncio 10 segundos)

A recepção por parte da...unidade??

Mediador

A recepção de tudo... como foi a recepção? Foi Bom? Como teve contato?

Ma A gente teve uma semana né... de integração

C. A nossa recepção foi duas partes...

Ma. É... foi duas partes...(risos) Foi uma semana assim, bem né... tensa assim de apresentação, né? A gente teve uma semana de apresentação do território, dos serviços, das redes tudo e... aí só depois, depois de uma semana é que a gente foi pro campo... assim eu falo, por mim, eu tava bem ansiosa, chegou meio que lá por, sei lá ... quinta-feira... sexta, eu não via a hora de ir para o território. Por que a gente ficou só tendo aula e apresentação né? E só falando, falando, falando... eu fiquei né bem ansiosa pra ir para o território...pra ver como que era...

Mediador

Ahã..

Ma. Aí a gente veio para o território e teve também mais uma semana (riso) de apresentação, né... daí... mas assim, ah! a gente foi bem recepcionado nas duas unidades da época né. Nas duas unidades, aqui no * e no * e teve as apresentações das equipes... tudo... e aí, mas, eu... eu fiquei meia... aí no território também eu queria trabalhar logo assim pra pôr a mão na massa... e demora um pouquinho... mas.... daí depois a gente tem uns 20 dias pra gente começar trabalhar mesmo assim... no território.

Mediador

Quem facilitou? Onde houve os facilitadores, vamos dizer assim do trabalho de vocês, na chegada?

J. Os Preceptores...

M. Mas eu queria fazer um parêntesis, eu concordo sim com o que as meninas falaram, mas assim, quando nós entramos no ano passado, o processo de trabalho era diferente em relação que ao que ele acontece hoje...

Mediador

Huhum

M. Nós ficávamos, nós especificamente aqui nas unidades, aqui no Paineiras e no Ulysses Guimarães, os R2... os R2 estavam no Habiteto e estavam no Vitória Régia, e nem sempre os preceptores estavam com a gente o tempo todo.

Mediador

Entendi...

M. Então assim, eu me senti no começo, meio órfão...

Mediador

Ahã

M. Teve tudo isso que a Ma... falou... Aquela semana de integração lá na... na Escola Gestão, aqui na unidade saí pra conhecer todo o território... e tal. Mas eu me senti um pouco órfão, porque os preceptores estavam em outro local, e as vezes as coisas que aconteciam aqui a gente era meio que referenciado pelas... pelas equipes especificamente

Mediador

Ahã

M. Então nem sempre aquilo que eles colocavam o olhar da equipe e a gente como não tinha... pelo menos ...eu falo por mim... eu não sabia bem como que o sistema funcionava e usava aquilo como referência, e nem sempre aquilo que eles colocavam era o que devia ser como referência. Eu acho que depois que houve, depois de quase um ano dessa mudança no processo de trabalho, quem entrou agora, eu acho que eles tiveram um respaldo um pouquinho melhor porque, porque já tinham, já tem os R2 aqui que então possam acolhe-los e tal...

Mediador

Ahãm

M. Embora ...também falei pra quem entrou assim, não se referencie por aquilo que a gente também tá achando, porque a gente pode também ter uma visão viciada sobre o assunto, tenham vocês a visão das coisas... a gente pode nortear em algumas coisas, mas não que aquilo que a gente esteja falando... pensem suas coisas e procurem os caminhos por vocês mesmos...

Mediador

Sei...

M. A diferença é que me senti um pouco órfão lá, coisa que que entrou agora e eu acho teve uma vantagem... vamos falar assim...

Mediador

E a Equipe? A equipe da unidade...

M. Eu... assim... eu me senti acolhido pelas pessoas. O que eu sinto um pouco de dificuldade é assim... Aqui no * como a gente está há mais tempo, eu acho que a gente tem um entrosamento melhor um pouco com as equipes... no * e no * a gente caiu meio de paraquedas mudou o processo de trabalho.... e aí não houve pelo menos eu não lembro que aconteceu aqui... "estamos recebendo mais residentes tal..." Então assim, tinha a hora que a gente entrava, eu brinco com o pessoal...quem trabalha na unidade não sabe se eu vim entregar comida, se eu sou um usuário... porque eles não sabem...eles não sabiam o que a gente era...

Mediador

Sim...

Demais

(Concordam com a cabeça)

M. Por que assim, vírgula ... as vezes ainda nem sabem... tá...

Mediador

Tá

M. As vezes ainda nem sabem... Quem somos nós...

Mediador

E a comunidade? Acolheu bem vocês?

(Silencio 10 segundos)

J. Acho que a transição... ela é sempre... ela é impactante, principalmente pelos grupos que já aconteciam nas unidades, né... as vezes os usuários, os participantes, já tinham um certo vínculo com aquele grupo... né? e a gente faz todo esse trabalho de transição, as vezes ...é... iniciar junto com esse grupo que já tá saindo para os usuários já irem se acostumando já vão se familiarizando... mas no geral ...assim... eu não vi maior problema assim... foi tranquilo... foi bem..

V. E uma coisa que eu acho que... as pessoas muitas vezes não tinham essa informação que havia... que há uma residência... assim... é funcionando no interior das unidades né... então, acho que muitas vezes elas não conseguiam distinguir a gente assim... das outras pessoas que trabalham na unidade neste sentido... assim... e daí elas sempre... a gente na hora de se apresentar... a gente um pouco que... explicava também que a gente tava ali, né... que era... que era passageiro... a nossa estadia de formação na unidade... é... então tinha... tinha um pouco dessa... desse estranhamento... que fazia parte desse primeiro contato... estranhamento, de entender um pouco do que a gente era, qual o nosso papel ali, e como ia ser esse vínculo com a gente né...

Mediador

Huhum

V. É então... no acolhimento, acho envolvia isso... assim... mas no geral, acho que as pessoas, elas são muito abertas, né... no contato assim... principalmente em termos na dinâmica assim... do espaço assim... que esses encontros acontecem assim... a gente teve encontros escabrosos com as pessoas, dependendo de como era a dinâmica assim... que se encontra, o que estava organizado para esse encontro e as vezes eram encontros mais duros... assim, recepções meio atravessadas assim... que chegava batia na porta e queria saber onde estava tal pessoa... Assim... que "eu preciso disso" por necessidade da pessoa sabe, que tava sofrendo e daí é uma questão física da saúde né, dava pra perceber que era mais endurecida e que eu acho que é até da relação daquela pessoa com a unidade já... um histórico de acolhimento daquela pessoa na unidade

Mediador

Com relação a gestão?

V. Puxa, eu acho é uma coisa que a gente... talvez isso certamente acho que... era a maior distância assim né... da residência... com outros atores assim... acho que a gente teve muito pouco assim, logo que a gente chegou... com a gestão. É... com a coordenação, um pouco mais próximo, mas eu sentia que era ainda um contato... distante e talvez muito formal né... formal, talvez, não sei... meio cuidadoso assim... eu senti até que a parte da gestão assim, um pouco cuidadoso assim... É... não teve muita aproximação, as vezes um pouco de... acho que as vezes a gestão reproduzia um pouco daquilo do usuário...que batia na porta assim ... e ...preciso de tal pessoa que era... sabe, essa relação um pouco mais impositiva, não vou dizer que não tinha, muitas vezes contato com a gestão era de uma lógica impositiva e pontual, era esquisito o que tornava a coisa um pouco esquisita né. É... era um pouco construído assim... até porque a gente teve a experiência de ter uma gestão que era sempre... aqui por exemplo... foi uma gestão que... é... oscilou, oscilou no sentido assim que veio uma pessoa, depois teve outra... depois teve outra...

Grupo

É...

V. Tem, tem peculiaridades... com diferenças entre uma gestão e outra...

M. Mas acho que até a forma como a residência é encarada em algumas unidades...em determinados momentos a gente é tratado como aluno... estagiário... graduando ainda... né. As vezes faltou... faltava o entendimento do que era, e eu ainda penso que falta ainda o entendimento do que é a residência dentro da unidade.

Mediador

Huhumm

M. Eu enxergo isso nas quatro unidades que a gente atua

Mediador

Sim

M. Em dado momento a gente é estagiário no sentido de graduandos ainda, até fomos interpelados sobre isso, "você fazem faculdade de que?". Enfim... é... em determinados momentos a gente é tratado como se fosse o próprio funcionário público, então assim é meio que uma montanha russa... você não sabe se hora vc é entre aspas, estudante, se vc é o funcionário público, em determinados momentos na hora de algumas cobranças, você é cobrado tal qual funcionário público, mas em determinados momentos você ...calma que eles estão estudando, mas as vezes com aquele viesinho que são graduandos ainda... rs

M. Mas a gente não tá... a gente já é graduado... muitos já especializados.... etc..etc..etc...

Mediador

Aproveitando que vocês estão falando sobre isso, processo de trabalho, como que tá a ação de vocês? Onde iniciou a ação de vocês nos campos de prática né? Como as atividades foram desenvolvidas? Como que era o foco dessas atividades, assim...

M. Eu vou dar a minha... depois o pessoal faz as suas colocações, eu vou falar especificamente da minha área. Como não teve essa transição, de... quando nós chegamos... nós fomos quase... pro campo quase um mês, três semanas depois de que a gente tinha entrado, e os residentes anteriores, saíram no final de fevereiro. Então ficou um vácuo aí de três a quatro semanas. E no início foi assim, nos herdamos coisas que aconteciam anteriormente, e levou um certo tempo, tá? Falando de minha área especificamente... pra gente perceber que peraí, mas será que é isso? ...será que é isso que a comunidade tá precisando agora? Talvez há dois anos atrás era, será que isso é fato agora?

Mediador

Sim

M. Então foi uma coisa que a gente demorou um pouquinho pra pensar, e teve que... teve que analisar, talvez inserir outras pessoas que... enfim nos grupos, no nosso trabalho, pensar na forma de atuar, né? Eu acho que foi, foi mais ou menos ...é... nesse sentido

Mediador

Vocês sentiram isso também?

J. Ah... Eu senti um pouco dessa coisa da continuidade, então assim... por favor não vamos acabar com os grupos... então a gente foi passando, foi conhecendo alguns. E... na ocasião a gente não era dividido em eixos ainda... como é agora... então acabou que assim a gente teve uma visão meio que panorâmica, mas teve muito essa relação de continuidade... é... de ações multi, no começo eu acho que foi um pouco mais forte do que agora... que a gente está separado. Eu por exemplo sou T.O. e fiquei na mental e tive lá na mental, então poucas ações do que eu faço na reabilitação. E aí a gente foi construindo isso aos poucos né... na demanda, a gente ficou inserido nas equipes, então a gente participava da reunião de equipe... e a gente foi se apropriando a partir disso, foi muito legal, porque eu acho que essa iniciação nas equipes, fez com que a gente se apropriasse mais do território, dos funcionários,

então essa relação de vínculo, de corresponsabilização... E aí a gente foi conhecendo a demanda e aí planejando as estratégias de ações. Isso é uma coisa, que tá acontecendo né? Com relação aos grupos, poucos foram extintos, então... a gente foi dando essa continuidade e tá assim...

Mediador

E hoje?

V. Eu acho que hoje, talvez tenha um pouco do que M. tava falando, não sei, eu não lembro uma situação de... a gente chegar num ponto de... de fazer esta crítica, de fazer essa avaliação... se... aquilo que a gente iniciou... é ...aquilo que talvez seja a necessidade, assim... mais concreta, real, pra aquilo, que a gente foi percebendo de demanda, de necessidade ao longo do tempo, né... eu acho que acaba essa mudança do processo de trabalho provocou muito isso na gente né? Pra eu ver esse momento assim... muito de... muito de avaliação assim... se o que tá fazendo tá condizente com aquilo que tem mais a ver com a necessidade assim... que é apresentada pra gente pelas equipes, tanto a parte né... dos casos assim, que a gente discute no matriciamento, quanto pra uma situação ou outra que é apresentada no território, que eu acho que é uma coisa também que a gente discute menos assim...a gente fala menos de território... e, mas falando de pessoas, acho que a gente também acaba falando de território também... mas acho que numa dimensão assim que as vezes, acaba ficando um pouco mais de lado... né... É ...então talvez seja essa, até mesmo essa a avaliação que a gente faça, né?

Mediador

Então bom, me expliquem, me expliquem melhor como foi essa mudança no processo... vocês participaram da mudança, vocês incluíram ideias novas? Faltava... o que é que faltava?

Silêncio

M. Estamos sendo cavalheiros, porque senão ficamos monopolizando... (Risos)

Ma. Ahh.. Essa mudança no processo de trabalho ela veio... por uma... assim... uma queixa né, uma queixa dos R2 que saíram, pois eles tinham um incomodo de ... dos preceptores não ficarem no... a maior parte do tempo nas unidades que eles ficavam, eles ficavam mais e outras e as vezes e a turma foi ficando a maior parte do tempo sem preceptor presente, eles ficavam em outro lugar... porém, daí acho que isso foi um disparador assim, esse problema foi um disparador, daí que veio essa sugestão da mudança no processo de trabalho...

Mediador

Sim

Ma. É... assim chegaram a perguntar pra gente, discutir o projeto, as opiniões e tudo, porém eu senti que assim, a nossa opinião mesmo, eu senti que não valeu... Eles mudaram o processo de trabalho... e a gente, nós residentes, a gente tinha outras opções em outras direções, outras opiniões... mas não...

Mediador

Não foram consideradas?

Ma. Pela minha visão não.

Mediador

O grupo aqui trabalha junto? Sempre?

M. Todos juntos só de segunda feira.

Mediador

Só de segunda feira

V. Mas acho que este momento... ele colocou talvez algumas questões importantes assim, produziu questões importantes pra gente assim... olhar, discutir... que... que não é que a gente não fazia, a gente fazia desde o início, mas acho que tornaram elas talvez mais evidentes assim ...sei lá... seria em frente de trabalho, por que assim, mudou a configuração do nosso processo de trabalho, nossa conformação da própria equipe e ...e daí pra mim trouxe muito essa questão do trabalho ...como realizar nosso trabalho em equipe em que lógica que a gente, precisa atuar... é... fazer isso assim...diante da nossa diversidade assim... de visões, de opiniões de formações né, e eu acho que isso é uma coisa que tá assim... latente até agora, sabe.

O processo produziu e ele não deu conta ainda de fechar...

Mediador

Huhum

V. É... Eu acho que a gente, vive um momento assim que a gente tem uma organização pensada, mas ela é frágil ainda, no sentido talvez a gente não conseguiu ainda...

Ma. Ela não é realizada ainda...

V. Não é... Ela não é assim... Talvez tem várias coisas dela assim, tem furos assim, tem lacunas assim... tem furos assim... tem várias coisas dessa organização que eu acho que tem a ver com essas coisas assim que precisariam ser discutidas, sabe... Em relação ao trabalho em equipe, em ter profissional, porque eu acho que essa... acho que apontou muito pra isso assim... essa nova organização, por que eu acho até... sei lá essa organização, partiu de uma necessidade lá ou talvez de um pouco mais formal, da gente precisar ficar mais junto com os preceptores.. é claro, poderiam ter diversas maneiras de organizar isso... Acho que a gente... foi essa, mas não era a única

Mediador

Mas o trabalho do grupo, vocês conseguem discutir casos juntos?

Todos. Sim, na reunião de segunda-feira

Mediador

Nesta reunião de segunda? No mais vcs se separam e ficam em unidades diferentes...

C. A gente foi separado em dois eixos né?... e no mais tem as profissões que ficam em cada núcleo né... em cada eixo. Daí estão sempre em dias separados em cada unidade, mas nada impede também que a gente se desloque pra fazer trabalhos com o outro núcleo também...

Mediador

E essas atividades que vocês desenvolvem... elas são voltadas mais pra? Pra que tipo de ação?

C. Acho que hoje a gente tá bem no foco... de atender... de atendimento

Ma. Promoção, prevenção acho que tá meio de lado assim... na minha opinião.

J. Na verdade após a mudança, do processo a gente até que ensaiou aí alguns... algumas segundas feiras, até que meio que casou bonitinho, a gente fazer nossas reuniões de núcleo e depois a gente fazer o grupão, mas isso não aconteceu mais... E realmente tá um pancadão de atendimento, de demanda... e, acho que tem uns quatro meses, cinco meses, não sei se tudo isso que teve mudança também na nossa avaliação geral, né? E aí, assim acho que as pessoas puderam se colocar mais com relação... Eu por exemplo sentia muita falta de uma conversa pelo menos com a minha preceptora, uma conversa mais prolongada, não aquela coisa assim rapidinha de meia hora... porque assim a gente não tinha mais a nossa reunião de eixo, pra poder falar dos casos de saúde mental que são assim né... a coqueluche e não tava tendo a preceptora também assim pra conversar, porque ela também ta consumida pelo sistema... né? E aí as coisas foram mudando um pouco nesse sentido com ela... mas as nossas reuniões de eixo não tem mais... e as reuniões de segunda-feira, que seria pra discutir, mas também tá muito raso, tá muito superficial... porque enfim... viram outras pautas e quando vê já foi....

Mediador

É... Eu queria que vocês me explicassem melhor... essa parte do atendimento ambulatorial, quem que está trabalhando mais... dessa maneira???

Jf. Acho que todo mundo...

Mediador

Todo mundo?

A. É meio contraditório né? Porque a própria... a própria residência em si, ne? Ela prioriza o aprendizado, né.... e aí a gente acaba ficando nessa deriva, porque a gente precisa atender, atender uma demanda né... e a gente fica com uma demanda de quatro unidades de saúde...

Mediador

HumHum

A. Né aumentou... aumentou consideravelmente a demanda que a gente atende, e... é uma contradição mesmo entre o que se prega e o que se faz... a realidade né... fica... as vezes a gente não consegue entender algumas coisas, pelo menos fico bastante na dúvida (incompreende) dessa iniciativa, as vezes... mas acaba sendo... as vezes uma mão de obra barata mesmo, né? De

Mediador

Vocês têm agenda? De atendimento individual?

Ma. Sim a gente tem agenda, a gente faz a nossa agenda, né... junto com o preceptor né... É... mas assim, a gente tem as reuniões, a gente tem os matriciamentos né, mensais né... uma vez por mês, em cada unidade... então a gente discute os casos... É... em cada unidade,

um dia em cada unidade uma vez por mês. E acaba que o caso chega pra você, muitas vezes em forma de guia e até... você atende individual...

Mediador

Entendi

Ma. Ansiedade, pela necessidade das equipes (-)...

M. # (posso só fazer uma...)#

A. Só um adendo... uma ansiedade muito grande das equipes, né... porque a gente tem a reunião do NASF, então assim, a gente tem um... parece que o tempo limítrofe pra poder entregar uma resposta... então a gente tem reuniões mensais com a equipe... dos matriciamentos com as equipes, né.

(seria reunião do matriciamento, né)#

Ma. Com as equipes

A. Então a gente fica uma manhã toda né, discutindo os casos e aí né, a ansiedade, a resolutividade, né. Em por algumas... algumas determinações que eles acham que... eles acreditam que a gente vá... conseguir consertar algumas coisas, né... sendo que, cada um num funciona dessa forma. Sendo que a gente, dá uma devolutiva nas outras reuniões, mas é uma ansiedade também das equipes né... que se resolvam os casos assim...

M. Eu só queria voltar um pouquinho, ao que a gente tava falando... do processo de trabalho... eu ouvi bem, o que a J. falou aqui tal o V. dessa mudança, nós estamos em setembro, mas vai fazer um ano em novembro que a gente migrou pra quatro unidades agora. O que eu percebo, que não acontecer é isso ser reavaliado. Eu percebo que isso assim, não ouvi... sussurro nenhum... sobre em se reavaliar isso...

Mediador

Sim

M. Até que ponto isso foi positivo, não que tem que se voltar ao modelo antigo...

Mediador

Não... mas...

M. Mas qual a readequação que tem que ser feita. Eu não ouvi...

Mediador

Entendi

M. E quando eu falo isso não é aqui... nós. É a Educação e aí entraria a parte da Gestão,

Mediador

Humhum

M. Porque é assim se você coloca na balança, perdas e ganhos, por exemplo disso... a perda do vínculo... pelo menos da minha parte, com a comunidade foi grande... por que estava três vezes por semana, e agora e to uma só. E acho que com os colegas a mesma coisa...

Mediador

Ampliaram os campos pra vocês?

M. Ampliaram campos, por outro lado... eu vou conhecer outras realidades que eu não conhecia... legal,

Mediador

Sim

M. Mas aí falamos dos matriciamentos. Quando a gente estava inserido nas equipes... talvez a gente tinha um conhecimento com mais profundidade, de algumas coisas. Eu acho que elas ficaram mais superficiais hoje, porque não estamos inseridos nas equipes... tá.

Foi falado do modelo novo do matriciamento agora...

Mediador

Você está falando das equipes de saúde da família...

M. Isso aí, equipes de saúde... tá. Aí vamos trazer para a realidade de hoje... a gente tem o matriciamento mensal com o dia em uma unidade que cada equipe entra e se discute os casos... E como estão sendo essas discussões desses casos? A M. falou agora aqui, muitas vezes através de guia... então nem a equipe sabe o caso...

Mediador

Não conhece o caso.

M. Desconhece o caso, e aí eu vou trazer prá cá, NASF Núcleo de apoio, e aí uma nova guinada... núcleo ampliado de saúde da família. Apoio... eu sou apoio... eu preciso, a gente precisaria assim... que o caso seja melhor entendido pela equipe, pra que... às vezes a equipe só precisa de um certo suporte... Mas parece a brincadeira do Silvio Santos, o passa ou repassa. Pega o caso e eu passo pra vocês...

Mediador

Entendi

M. Tem matriciamento hoje, daqui um mês vai ser o repassa, eu quero a resposta daquilo que vocês fizeram...

Mediador

Entendi

M. Então as equipes não estão apropriadas dos casos, isso é uma coisa assim complicado, e se a gente for ver, como a A. falou ali do que prega a residência não é isso... não é isso...

Mediadora

Então, é isso aí que eu queria chegar agora... e a promoção de saúde? O que que é a promoção pra vocês?

M. Hoje? Acho que a C. comentou sobre isso a gente só tá pegando os casos, assim... não se previne e não se promove nada... a gente só tá pegando as pessoas que vem... vamos falar o português claro, "detonadas" pra gente, seja na área da educação seja na área da saúde mental... não se previne ou não se promove nada...

Mediador

Entendi

J. Na verdade, eu vou até mais longe gente, a gente tem essa preocupação com o usuário, com as famílias... é... enfim no geral, inclusive no serviço. Mas tem residente adoecendo... é tão latente, que tem residente adoecendo... por conta, desta coisa mal estruturada...

Mediador

Humhum

J. Dez horas no campo, né... E na hora que a gente grita, que a gente precisa de um espaço de saúde pra nós, pra gente poder dar conta aí... do resto que falta... então assim só pra você ter uma noção.

Mediador

Sim... qual o maior desafio, os desafios que vocês encontram em trabalhar na questão multi ou intersetorial?

Ma. O desafio é trabalhar multi... (risos)

Mediador

Não... qual seria assim as dificuldades maiores que vocês veem, as barreiras que encontram?

A. Eu acho que o pessoal assim é... a gente pelo menos... é... a equipe aqui, agora a gente com os R1, a gente tem uma interação boa assim com o pessoal, a gente consegue ser bem sensato, em colocar suas ideias tal pelo menos eu nunca tive problemas assim, exceto algumas situações mais corriqueiras do dia-a-dia né? Mas que deu pra contornar...mas eu acho que um grande desafio é... é a articulação com a rede intersetorial mesmo, né... porque é a gente aqui... eu pelo menos nunca tinha trabalhado na minha área né... eu sai da faculdade e já entrei. E eu vim com uma expectativa muito grande, né... E as vezes a gente acaba vendo que é... os outros espaços, né. É que é uma questão muito estrutural, de sistema né, que a gente envolve muitas outras coisas, mas tá tudo muito... muito precário.... tá tudo muito desorganizado né... mal incentivado, mal motivado né; os profissionais em si, né... a questão da resolutividade... mas aí a gente entra em numa... num assunto que é estrutural mesmo... numa pobreza estrutural do sistema capitalista...

Mediador

Humhum

J. Essa questão da resolutividade é uma coisa assim que me incomoda muito assim, porque na hora que a gente acolhe... é ...a gente vai até onde dá pra ir aqui enquanto atenção básica e agora né, o que que nós temos na rede? Como é que essa rede conversa, como essa rede se entrelaça, e aí é muito frustrante neste sentido...muito mesmo né. Mas...

V. Eu acho que uma dessas barreiras assim né, todas essas estruturais e tal... e acho que é a gente conseguir inventar coisas assim... inventar coisas que sejam muito interessantes... ó a gente teve uma experiência de... uma tentativa de construir alguma coisa que seria interdisciplinar e a gente não conseguiu caminhar, não conseguiu fecharfinalizar....

Mediador

E o que faltou?

V. Pois é... acho que pode ter sido muita coisa assim, eu acho que envolvia diferenças de compreensão assim... de como fazer, ééé...

Mediador

Por parte de quem? Das pessoas?

V. Eu acho que assim, faltou experiência, no sentido assim isso era uma coisa muito nova então ninguém sabia como fazer aquilo ainda... sabe

Ééééé... então... sei lá então, acho que tinham forças... forças que puxavam pra lados diferentes assim de como construir isso... Numa situação acho que corriqueira, que qualquer equipe pode vivenciar... sabe... é... e daí eu acho que não teve coesão suficiente pra ir... em frente sabe...

Mediador

E quem participava? Nessa frente, nessa forma de trabalhar, que estava envolvido nisso?

V. Ah... acho todo mundo... a gente...

alguns falaram#

Mediador

Vocês... quem mais? Residentes e preceptores? A equipe, o cenário ... os outros funcionários ou não? Era mais entre vocês essas discussões...

V. Era mais entre a gente, porque era até uma questão assim, pode ser de novo uma contradição. Aquilo que... tem muita coisa do nosso trabalho que a gente absorve, como algo que é exclusivamente nosso, assim muitas vezes... não é que é exclusivamente nosso... mas que talvez, predomine muito mais a nossa força de trabalho... ééé... do que a nossa força de trabalho com a coparticipação da unidade assim... tem muita coisa que a gente... que funciona, que vai pra frente a partir do desenvolvimento exclusivo do NASF, assim como tem muita coisa que a unidade também caminha sem a nossa interferência...sem a nossa participação...

Mediador

Humhum

E na promoção de saúde como vocês veem hoje?

(Silêncio 20 segundos)

V. Acho que acontece assim, acontece nos grupos né... querendo ou não assim... tem uns grupos e eu acho que são importantes assim...

Mediador

Eu trouxe umas fotos aqui, que é de outra Unidade só pra vocês se localizarem assim... nas atividades... Vocês vivenciam isso no dia-a-dia de vocês?

A. Sim

J. Na escola a gente fez um projeto no ano passado, foi bem legal...

Ma. A gente fez durante um ano o projeto, né... na escola

Mediador

Humhum

Ma. A gente fez várias atividades com eles de promoção e prevenção...

Mediador

E o que vocês acharam dessas atividades vocês que fizeram?

A. O engraçado que a gente... é... pra gente poder falar sobre determinados assuntos, a gente tem que ter bastante cuidado né, inclusive pra... eu acho que a promoção ela se dá de uma forma, mas ainda existem muitos tabus... né em se falar... principalmente sobre sexo né... então na escola a gente trouxe abertamente sobre questões de prevenção, de coisas básicas né... e aí a gente encontrou diversas barreiras assim... porque eu acho que a promoção ela vai no limite de se falar daquilo que se espera moralmente, né... e aí quando a gente fala de assuntos que envolvem a sexualidade, mas de diversas formas né... que não a básica, assim né. O eufemismo em se falar de sexo, é bem complicado... então eu acho que, principalmente o sexo eu acho que envolve muitas... muitas questões né? Ele é latente na sociedade... então assim existem muitas barreiras em falar sobre isso... que é um grande transmissor também se não for feito de forma segura, de doenças sérias, diversas formas... é... eu acho que encontra bastante barreira em falar sobre isso. Eu trabalho... participo de um grupo de mulheres, que inclusive é o meu projeto de intervenção... e... nesse grupo eu tenho que desmistificar bastante esse assunto né... porque deve-se falar sobre isso né... é um assunto aberto. Eu acho que pelo menos enquanto residente assim, eu vejo bastante dificuldade em falar principalmente dos próprios profissionais da área da saúde, por uma questão de moral mesmo né...

Mediador

Não só nesse aspecto vocês tem facilidades ou dificuldades em desenvolver essas ações?

A. Nos grupos assim?

Mediador

É... facilidade de desenvolver ações de promoção e prevenção...

J. Eu gosto

Mediador

Você gosta... Mas eu digo assim vcs tem facilidade de desenvolver? Dentro da residência?

T.A h... Tem....

Ma. A gente teve o apoio, a gente faz... fez campanhas com eles nos finais de semana né... aqui na unidade a gente teve apoio da Educação tudo... né, apoiaram tudo... eu acho que a gente tem sim.

Mediador

O que seria a promoção de saúde... pra vocês?

A. Acho que é mostrar o quanto... promover né... mostrar o quanto ela é importante né... o quanto se deve preservar pra que não se perca né... que é dessa forma...

J. Espaço de cuidado... um espaço de cuidado

A. Auto conhecimento também... né

V. Exercer... de exercer cuidado... de promover isso né... com as pessoas... de elas exercerem o cuidado de maneira... sei lá... ética. Assim... em relação as escolhas que elas precisam fazer na vida delas... E delas... promoverem mesmo essa reflexão e esse exercício assim... de... como eu cuido de mim né... como eu faço escolhas de cuidado pras outras pessoas também... E que sejam éticas assim... éticas no sentido assim que... não no sentido moralista né... do que é certo do que é errado mas, do que é encarado assim...

J. A gente vê muito no território isso né? Por que as vezes a gente chega muito com... com uma coisa pronta e cheia de expectativas para aquele grupo né... pra aquele objetivo e na hora que a gente vai a campo, vai ter contato com... com o grupo, enfim... A gente percebe que a gente precisa ter esse entendimento, né? De valores... Como é que você chega pra dar aquela informação... Talvez você precise fazer algumas adaptações, né? E aí quando eu falo de espaço de cuidado é justamente isso. Quando eu vou falar de saúde pra uma pessoa... é... pra que ele tenha um entendimento que faça sentido pra ele... porque senão eu chego ali com um blábláblá, né... com uma puta tecnologia e pra ele não faz sentido nenhum. Sendo que às vezes sentar de repente, no banco da praça ali com o grupo e eu passar minha informação onde que todo mundo que sair dali, nossa me tocou de alguma maneira... ali foi uma promoção, foi um espaço de cuidado.

A. Acho que promoção é dignidade né, é a pessoa conseguir se prevenir da forma como ela se enxerga na sociedade né... independente de qualquer fator, de qualquer imposição de padrão, de valores. É ela entender como ela pode manter a saúde dela, mesmo com comportamentos que fogem a normalidade, a normatividade. Então eu acho que a promoção é dignidade... como eu me comporto, como eu posso me prevenir de uma forma como eu quero viver, eu tenho esse direito de ser quem eu sou, prevenindo e me prevenindo de doenças né... dessa forma que eu enxergo

Mediador

No cotidiano vocês conseguem fazer essas atividades?

Todos

Sim

Mediador

Apesar...

J. A gente até gostaria de fazer mais, mas não é repetido entendeu. Assim... Ah o residente não pode fazer... É logico que assim, que no dia-a-dia a gente... eu falo que gostaria de fazer mais, porque a gente tá indo por outro caminho mas... Quando a gente se propõe se organiza...

C. É mais fácil pra gente assim... nesse novo modelo que a gente tá, pra coisas mais pontuais assim... tipo fazer algo mais... que tenha uma... continuidade fica um pouco mais difícil porque cada dia a gente tá em uma unidade e isso demanda reuniões, planejamento, então fica mais difícil fazer uma coisa mais planejada assim... são coisas mais pontuais e mais específicas,

V. Acabou de acontecer algo que eu acho... pelo que a gente conversa... que acontecem o tempo inteiro né. Sei lá, por mais que a gente ...que as coisas cheguem pra gente, de uma maneira assim que pareça uma ação assim de demanda por trabalho curativo... chega dessa maneira assim ... como se a situação fosse ser curativo. Eu acho que ali, naquele atendimento,

mesmo sendo uma coisa ali pontual, eu acho que talvez ali a gente exercite um pouco disso assim, de promoção de saúde assim pra aquela pessoa também, a gente dá um jeito assim de inserir, de trazer...

Mediador

E na residência há o espaço pra discussão do impacto das atividades que vocês fazem com a comunidade na promoção de saúde?

A. Você diz uma avaliação assim, né... do que fazemos

M. Uma das coisas que eu disse, eu acho que há uns dez minutos atrás e que a gente tentou fazer algumas vezes ...e cada um puxava a corda para um lado...

Mediador

Humhum

M. A gente conversou muito sobre... avaliação dos nossos núcleos então, só que é assim se alguém agora abrir a porta aqui... alguém da unidade, abrir a porta aqui, eles vão achar que a gente não está fazendo nada... que a gente tá conversando certo? O nosso QG aqui no Paineiras é a sala de reunião. Então se a gente tem a reunião do NASF de manhã, discussão de casos taltaltal, sobre algo x, se a tarde tem oito dez residentes, conversando sobre algo... e alguém abre a porta, os residentes não estão fazendo nada... O entendimento é... os residentes estão fazendo alguma coisa... tá aqui atendendo alguém... ou está lá ele, dois, três e com a comunidade. Então assim, resgatando um pouquinho do que foi falado anteriormente, até eu falei um pouco sobre isso, falta um pouco de entendimento do que é a Residência, tanto pra Unidade, não nesse sentido de que não entenda o que é a residência, mas algumas cordas puxadas ao contrário foram de preceptores... foram de preceptores também tá? Nesse sentido... Porque também... as vezes...

- Aí, vocês vão ficar aí discutindo? Mas se vocês vão...

- Porque ao invés de ficar aí discutindo sobre x, porque que vocês não vão...

Só que para eu ir, eu preciso me organizar para... ok? E simplesmente eu chego na Escola e vou entrar... Como é que... não é assim...

Mediador

Sim

M. A Ma. falou aqui a gente desenvolvia trabalho na Escola, de seis a oito meses no **no ano passado, só que a gente precisou se organizar para... não dá pra fazer de sopetão as coisas... eu, temas que foram falados como sexualidade por exemplo... Não pode chegar lá e falar o que a gente quer... a gente precisa entender a realidade, como que a gente vai colocar isso...

Mediador

Sim

M. Então assim, a gente conversou sobre isso, mas assim a gente foi podado, não sei se a palavra é essa, talvez eu esteja sendo muito duro... Talvez eu esteja sendo muito duro com essa palavra, mas foi meio cerceado em algumas coisas... Até o não entendimento de alguns preceptores, sobre... o que se... qual é a ideia, qual é o objetivo desses encontros... Pra até avaliar por exemplo

Mediador

Sim

M. Tem coisas que você consegue mensurar, vamos dar o exemplo do meu caso ou o caso da nutre por exemplo, ah ela recebeu avaliação de orientação nutricional e depois de três meses a M. pegou e viu o IMC dela... "Oh! perdeu peso legal...que legal" isso é palpável. Mas como é que em saúde mental, num grupo de apoio consegue mensurar por exemplo isso?

Mediador

Sim

M. Isso se perdeu... Isso se perdeu ...a gente chegou a tentar conversar sobre isso, mas isso se perdeu, porque algumas "forças ocultas" vamos chamar assim, nos des... que pelo menos pra mim, nos desestimularam... isso se perdeu...

Mediador

Pelo o que eu estou entendendo não teve... não tem né... um espaço para a reflexão dessas atividades de promoção de prevenção que vocês desenvolvem... dentro da residência

J. Quantitativamente assim... acho que...

M. Um espaço formal para? Talvez isso possa fazer na informalidade... sabe... na informalidade por exemplo...

T. (todos falando juntos)

. {É... sim}

M. "E aí? Seu grupo lá?" na informalidade...

Mediador

Sim

J. { De uma forma mais objetiva...} (negando)

Ma. {Mas numa reunião do NASF assim, alguma pauta...} (negando)

M. Mas alguma coisa formal mesmo, assim... ah toda... sei lá, toda segunda-feira a tarde, uma vez por mês ...vamos...

Mediador

Integre as profissões assim? Não?

M. Formalmente não. Eu enxergo que não...

Mediador

Bom... eu vou ler um trechinho aqui, vamos ver o que vocês acham disso

Na plataforma Saúde Brasil a população brasileira conta com um canal exclusivo de informação sobre promoção a saúde, todo conteúdo está baseado em quatro pilares:

Eu quero parar de fumar

Eu quero ter um peso saudável

Eu quero me exercitar e

Eu quero me alimentar melhor

O que vocês acham dessa proposta do Ministério da Saúde na prática cotidiana dos serviços e qual seria a sugestão de vocês?

V. É algum programa assim? Que contemplasse esses quatro pilares?

Mediador

Não. O Ministério propõe isto como promoção de saúde, né?...o que vocês acham disto? E o que vocês sugeririam?

Silêncio longo (50 segundos)

Ma. Considerando esses quatro pilares eu lembrei dos grupos que a gente faz né... então, a gente tem o grupo do tabaco né... É... a gente tem os grupos de CAPS né... os grupos de atividade física... e a gente tem o grupo que a gente fala sobre alimentação... é... assim eu falo por mim, né... os grupos voltados a alimentação a adesão é baixa. Assim, se comparar com a quantidade de usuários que frequenta o posto, tudo... é uma quantidade baixa, então as pessoas vem com essa demanda... e provavelmente... É... o ministério da Saúde né... deve ter levantado por demandas, né ...que as pessoas que querem emagrecer, querem se alimentar melhor, que quer perder peso... Eles focam muito no peso balança né... então eles se pesam em qualquer lugar, farmácia, na casa mesmo e eles vem com essa ideia que precisa perder peso, "precisa perder tantos quilos" eles mesmos estipulam... Porém na prática é difícil...então a adesão é muito baixa. É... então...a gente tenta, tenta fazer os grupos como... é... promoção mesmo, mas acaba que, os participantes acabam vindo já com demandas, eles já vêm hipertensos, diabéticos e a gente acaba orientando com relação a doença dele. Então eles já tem outra coisa... (risos)

M. Algumas coisas também desses pilares que foram ditos, nosso território aqui, sei lá... tem o que... 20 mil pessoas por exemplo... é impossível acolher 20 mil pessoas. Não é possível, é improvável não tem como. Acho que a gente precisa é desenvolver mecanismos para criar autonomia para essas pessoas... É legal... aí "tem a senhorinha que faz três anos que está no grupo de atividade física" é legal, mas a ideia é que ela não fique só comigo, porque sabe assim... se só vai entrando, se não vai renovando... não caminhou nada, precisa gastar um pouquinho... então essas pessoas precisam... a gente precisa criar um mecanismo, pra que essas pessoas tenham autonomia e comecem a fazer as coisas... Claro... esse "por conta" tem que ser... outra coisa ninguém vai sair dizendo ah não... quero emagrecer... a pessoa vai lá e corta carboidrato de uma vez só... é um problema.

M. Ah! "quero começar a me exercitar"... "Nunca fiz nada na minha vida, com cinquenta anos quer andar cinquenta quilômetros de uma vez só" ...não é assim... mas acho que elas precisam estar com a gente, a gente precisa criar esses mecanismos para que elas se tornem autônomas para fazer algumas coisas... quer continuar comigo... legal. Uma vez por semana, duas vezes por semana, mas desenvolva fora outras coisas... tabaco, sei lá... tem o grupo aqui... enfim eu não tô, eu não participo com frequência do grupo do tabaco, mas eu sei que ele acontece por um x período, mas aí é da pessoa, da pessoa... tá? Então essa coisa de as pessoas quererem... (A. sai da sala)...quererem fazer, acho que é assim a gente tem condição de dar o suporte, uma orientação. Mas gente precisa deixar essas pessoas criarem autonomia pra elas...Mas ao mesmo tempo que ela receba informação, ela adquiriu o conhecimento para... assim, a gente brinca... a gente solta ela pro mundo... por exemplo... senão a gente não vai conseguir dar conta mesmo...

Mediador

Hmhm

M. Ao invés de atender 18 mil ...Eu vou atender sempre 30...

Mediador

Hmhm

M. E sempre são as mesmas trinta que tão comigo, duas vez, três vez por semana...

{tem muita gente...}

Ma. O nosso trabalho é dez por cento...e o resto? {É isso... então... }(risos)

V. O negócio da promoção de saúde também é que... como que envolve também aquelas outras dimensões... assim da saúde. Acho que... é um pouco disso, né... dentro disso, acho que dentro dessas coisas que tão colocadas... quando que você coloca outras dimensões, talvez que não só... também as que a gente ta falando não só... não só as biológicas... não só as mais biomédicas, assim né. Porque você insere outras... "quer conversar sobre alimentação?", "quer conversar sobre atividade física", "quer conversar sobre saúde mental?" É... como que você por um lado, não vai numa lógica normativa, que é que a gente até começou a falar antes... como que não vai nessa lógica... não reforça única e exclusivamente o modelo biomédico, como que ele é incluído também, né? Dentro de... de outras maneiras de se entender o que é saúde. Porque a promoção de saúde tem a ver também em com exercitar também, essas outras esferas do que é saúde, né? É... que são sociais... que são... ééé... históricaaas, econômicas, territoriais assim... e que as vezes a gente tem uma visão de aquele adoecimento tem a ver com o contexto sócio, histórico e político de... tanto local quanto nacional né?

Mediador

Hmhm

V. E daí tem como que você... coloca isso pras pessoas... assim

Mediador

{hmhm}

V. Como que você problematiza isso pra elas entenderem isso... né? Tem... sei lá... tem a questão assim que você quer discutir sobre alimentação, que assim ...é uma coisa que eu sempre achei muito interessante assim... que vc... que não era o caso daqui né? Mas por exemplo, como que a distribuição dos alimentos na cidade, elas envolvem uma certaa... lógica assimmm, é... econômica, como é... que... acho aqui, pode ser que tenha uma certa particularidade ... sei lá, acho que o produtor que é mais perto...então talvez alguns alimentos de boa qualidade cheguem direto do produtor... mas tem outras cidades que assim... que é evidente assim... Aaaa... Como que tem ummm... é... uma diferença assim, como que os alimentos da periferia são muito ...é... piores, a qualidade é muito inferior ao dos centrais da cidade, assim como os serviços de saúde, dependendo da cidade, eles tendem a ser mais escassos na periferia e se concentrarem assim, nos centros... nos centros urbanos, né?

Mediador

E essas discussões vocês conseguem implantar?

V. Humm...eu acho que sim né? Tem momentos que eu acho que a gente consegue... Né? Acho que essa é a questão...

J. {ahh deixa, a gente levanta...a deixa a gente levanta}

Mediador {sim}

M. {na informalidade...}

J. Porque essa relação principalmente da nutri, que vem muitas guias... a Ma. aí... na linha de frente com a gente... e a gente vai vendo assim atééé ... essa questão da reflexão... de como que a equipe absorve isso, como que o serviço absorve isso, como é que você traz isso daí, tipo assim, como é que lá em cima tão vendo isso, né... quantitativamente falando, e aí gente vai ver que esta questão da alimentação... só trazendo pra alimentação daí...

Mediador {ahã}

J. {nenhum outro negócio}, quantas outras coisas tão envolvidas... que não é só a nutri que vai dar conta...

Mediador {ahã}

J. Por que não é só tipo "eu comer bem", não é "só eu fazer atividade física"...né? Alguém olhou pro emocional dessa pessoa? Alguém, sabe... viu, como que é a relação dela com o alimento? Né? Se ela tem uma questão compulsiva? É tão amplo, e aí as vezes a gente leva... a deixa gente traz... agora se né... a pessoa tem que chegar a conclusão... já é outro...

Ma. {Não é só o alimento, sempre tem algo por trás...}

Mediador

Ahã. E vocês sentem isso também?

Com relação a... No dia-a-dia, no cotidiano vocês conseguem levar essas reflexões?

C. Eu acho que a gente é como o Ma. falou mesmo, é mais na informalidade, sem espaço assim de discussão propriamente dito... são os espaços que a gente tem assim no dia-a-dia, que a gente tá todo mundo reunido que a gente acaba levando algumas questões...

(A. retorna ao grupo)

J. No Matriciamento, é um lugar onde a gente faz essas deixas...

J. Né?... que a agente comunitária, chega ali, aflita né?... "que o filho da senhorinha tá obeso"... que enfim, "tá sofrendo bullying na escola", daí a gente tenta... né?... levantar a deixa pra outras coisas... Mas é bem assim, bem pontual...

Mediador {hmhum}

J. Não tem um espaço pra gente repensar, assim, com mais profundidade...

Mediador {hmhum}

J. Com as inquietações né, que o residente passa... são muitas...

Mediador

E assim pra vocês... como foi implantar a Promoção de Saúde no serviço, alguma ação que você desenvolveu de promoção de saúde, como foi, pra você?

J. É sempre bom né?

C. Foi bastante trabalhoso, né?... (risos). Foi bastante trabalhoso... Envolver tudo mundo, né? todo mundo dá.... contemplar todas as... as opiniões, todo mundo chegar num consenso, acho que o trabalho em equipe é difícil né ...mas é bom... é prazeroso é gostoso... Mas é trabalhoso também, acho que é... é gratificante, mas tem o ... /as outras/

A. A adesão dos grupos, né? É bem complicado... assim, a gente construir um vínculo, e que essas pessoas entendam que importante pra elas né?... aquele espaço...né? É... principalmente com grupo aberto assim, né. As vezes a gente perde muita... muita... muitas pessoas, e aí... aí depois elas voltam a... a frequentar né? Mas é muito importante... assim, é muito bom...

V. Eu achei cansativo... pensando na sensação assim, foi cansativo no sentido, tipo assim não... não tem muito protocolo, né? todo mundo, pra qualquer ação, pode ter sei lá... seus norteadores né?... como mais ou menos como conduzir uma coisa ou outra. Mas não tem um protocolo muito fechado né... tipo assim... de como fazer uma ação de promoção de saúde, né? Porque aí envolve... envolve valores, envolve... talvez principalmente porque envolvam valores, quando você vai discutir promoção de saúde, porque você né... tá falando de vida, né? vida das pessoas... e daí é trabalhoso porque... é isso né... as vezes é... você tem que ...você dá uma opinião, é... saber aceitar a do outro também né... voltar atrás as vezes na sua.... sei lá... é criar uma... uma coisa flexível... uma união flexível assim... entre as pessoas assim... fazer a coisa acontecer e tal. E por outro lado sei lá... até hoje eu escutoo, gentee lembrar... são as sensações que as pessoas lembram assim... que eu sinto com carinho... sabe... Com carinho, com afeto que eu acho que produz isso também... sei lá... Até hoje, tem gente que vem me falar sobre o nosso trabalho na escola... sabe... e lembrar da consequência que teve, que a gente né... passou o ano lá na escola e aííí... os adolescentes começaram a vir na Unidade, coisa que não acontecia... que é vir na Unidade perguntar sobre as coisas...

Mediador {hmhum}

V. E a Unidade achou aquilo tipo assim, muito bacana, assim... E as pessoas da Unidade assim, as pessoas das equipes de saúde tavam junto com a gente lá também né? Não foi uma coisa que...

. {só nós}

Mediador

{hmhum}

V. Só nós e que ainda hoje... ainda hoje elas nos lembram, assim falam... "nossa aquele projeto", né? Poxa aconteceu isso e aquilo... poxa que legal... que bacana...

Mediador

{hmhum}

M. Então isso acaba caindo naquilo que você falou. Olha o impacto que isso causou... nas pessoas da escola, e no ritmo aqui no posto... adolescente não vem no posto... ou só vem aqui pra pegar preservativo, oou... hoho né... adolescente não vem no posto. E quanto ... a C. falou, o quanto que isso é gratificante... é legal... é difícil é difícil de se fazer... mas acho que

o mais importante disso... é o que ficou... porque assim... e vamos falar assim... evento todo mundo faz... eu tinha um professor na faculdade que falava... evento é que nem o vento... o vento leva... castelo de areia... derruba, a areia tá no chão... ninguém vai lembrar disso mais...

Mediador

{sim}

M. É o que, que você causou na pessoa, que faça eles lembrarem, eles virem aqui no posto, eles virem, eles perguntarem... pra qualquer área... Então, ninguém foi falar daqui de grupo tal... é importante que as pessoas que vem pros grupos saber o que eles estão fazendo ali. Eu trabalho sim... é uma pena mas... você (dirigindo-se ao mediador) tá lá em *, você deve ter uma pilha de gente que você vai lá na Saúde do Adulto, hipertenso e diabético... como igual em todas as unidades... e as pessoas vem prá cá e eles não sabem o que eles tem, eles- não- sabem- o- que- eles- tem... adianta eu chegar e querer dá uma aula de fisiologia? "não... porque..." porque não adianta, porque eles têm que saber o que eles... o que eles têm... Porque eu só vou conseguir combater meu inimigo, se eu souber o que é o meu inimigo... (enfático)

Mediador

Hmhum

M. E isso... você vai per... você vai vendo... você vai percebendo... quando as pessoas voltam... o quanto... o quanto isso é importante, isso, essa informação que você deu... fez bem pras pessoas, fez bem pras pessoas... mas assim ééé... não pode ser, não pode ser aquela coisa que você faz e... o vento levou embora... (sensibilizado)

Mediador

E na residência isso foi fortalecido em vocês?

M. De fato... demorou um pouco pra enxergar um pouco isso. Demorou pra eu enxergar... não adianta... assim. Não demorou muito, mas demorou um pouco... fala que eu tenho que querer mostrar pra eles, que eu sei... tanto é que quando uma coisa que a gente conversa... é assim ó (mostra o grupo em círculo)... a gente evita colocar algum tipo de barreira... por exemplo

Mediador

{hmhum} Sim

M. As vezes quando você vai falar com a pessoa... individual... eu tiro essa mesa fora... prá tirar um pouco esse caráter, de que aí... sabe... de aula, falei ninguém tá dando aula aqui... palestra. O pessoal ... "aí, eu vim pra palestra hoje". Eu falei não, você veio pra uma... porque a gente faz sob a forma de bate-papo mesmo... que é legal estimular as próprias pessoas a falarem as coisas que eles tem... porque as vezes "tudo isso que você tá fazendo aqui... vai ajudar a M." Não preciso eu falar ...eles mesmos tem as respostas...

Mediador

[Hmhum]

M. E eu acho que... eu acho que a nossa... a minha né? A minha intenção é fomentar isso... é fomentar pra que descubram as coisas por si próprios... Não é por si próprios, mas assim, eles já têm as respostas... que eles externem isso pras outras pessoas...

Mediador

E na residência vocês tiveram esse suporte? Pra desenvolver isso?

M. Eu vou falar de novo, comigo, sobre meu Núcleo específico... de Educação Física sim, a gente conversa muito sobre isso... nós até mudamos nossa forma de abordagem, dos usuários, dos grupos, tal... tal... em função disso...

Mediador

E vocês? (aos demais)

T. (inaudível)

V. A gente tem assim... no sentido, tipo assim, ele vai... colocar um impedimento pra gente fazer...mas tem sempre uma coisa que a gente discute... Eu acho que é uma questão, eu acho que isso não pode, tipo assim... impedir a gente de... que a gente entende que a gente é passageiro, a gente tem sempre uma preocupação... poxa... vamos fazer... e vai morrer.... porque e a gente se foi. Como que isso não acontece né? Eu acho que a gente não tem suporte de virem juntos assim...virem juntos... mas por várias outras questões também assim... você tem que... você tem que... ser colocadas, pra ser compreendidas também... eu acho que a gente responde as coisas de uma maneira, os trabalhadores... é... das unidades, respondem as coisas de outra maneira ...então dá pra pensar... como? será que esses trabalhadores tem também essa... esse apoio da gestão? Tem sequer essa possibilidade, garantia... como que é isso né? Ééé... eu acho que a gente sente a necessidade de conseguir trazer junto essas pessoas ...sabe? Acho que esse suporte...

Mediador

Hmhum

V. E fica prejudicado, talvez... por uma logicaa de gestão assim... talvez... que sabe que seja um pouco... pouco superior... e que é mais difícil de quebrar assim... né, talvez seja a lógica, tipo assim... produtivista né?... Querooooo atendimento... quero resultado... quero um número, ééé... e a grande contradição é que esses trabalhos não né? Pelo menos não... né? Mas você precisa também, produzir maneiras de mostrar isso, né? Pras pessoas assim... pra elas... nossa dá mesmo né?

Mediador

Mas e vocês, sentem dessa forma também?

Silêncio de 10 segundos

Mediador

Bom pra gente ir encerrando eu queria saber, se eu esqueci, se nós esquecemos de abordar algum aspecto aqui da residência que vocês gostariam de colocar... e uma sugestão pra gente poder melhorar cada vez mais né?

Silêncio de 10 segundos

Ma. Bom, eu acho que... como sugestão é de... como o M. comentou de... avaliar esse nosso novo processo de trabalho... seria importante..

{Tem necessidade disso}

Mediador

Dáaa, como assim?

Ma. Do nosso, porque aqui na...

Mediador

A questão... do atendimento individual, essas coisas ou não?

Ma. Não... o nosso processo ...antes o nosso processo de trabalho era de uma forma, e agora mudou...

Mediador

Hmhum

Ma. E... uma sugestão... seria importante... avaliar... ou que exista uma avaliação anual da residência... no todo da residência também... maaais... seria uma forma...

M. eu acho que uma coisa que eu sinto falta, é uma base teórica melhor... eu acho que a nossa base teórica ela é muito fraca.

Mediador

Em que aspecto? Da promoção?

M. As nossas aulas, não são tão legais, as aulas teóricas que a gente tem uma vez por semana, ou se as quinzenais...

Mediador

Hmhum

M. Eu não sei antes, porque eu não estava aqui antes, mas eu falo por coisas que eu ouvi... tá... quando a residência ela estava... ela estava junto com a universidade ou PUC ou Uniso tal... hamm

. Era mais... (inaudível)

M. Sim... eu não vou... não são as pessoas... ok? não são as pessoas... quem sou eu... eu não poderia falar que a *... vai... de forma alguma... mas eu sinto que as pessoas... elas estão perdidas quando elas chegam pra dar a aula pra gente... elas não sabem o que elas estão fazendo lá....

Mediador

{hmhum}

M. Ah então a * foi convidada para falar sobre X assunto... "Ah então aqui é uma residência multiprofissional, né?" Sabe assim... "Eu fui convidado para..." Aí vou até falar uma outra palavra aqui, que um outro residente usa aqui... mas tem hora que são alguns acertos caseiros assim... ou vai lá e pede para que alguém fale sobre... como que faz uma extração de dente por exemplo... ah que tá lá, a *, "tá dando sopa", então pega a * "vai lá falar", dá a impressão de que são alguns acertos assim... não que as pessoas não estão preparadas para...

Mediador

Hmhum

M. Mais ééé...talvez são pessoas da Rede... mas talvez elas, num, num... aquilo que vem, aquilo que elas trazem, talvez não seja a nossa necessidade...

Mediador

Entendi

M. Embora sejam pessoas da Rede, e imagino que as pessoas saibam o cotidiano de como funciona uma Unidade...

V. Talvez acho que a Rede... talvez não... Acho que Rede não é preparada ainda, pra pensaaaar... numa Rede formadora? Né? Acho que é uma questão assim...

M. Tá bem assim, tá cada um no seu... né?

Mediador

Vocês também acham isso?

J. Ahã

Jf . Exatamente...

M. Assim é...tem sido algumas...

J . A gente já... Na verdade, nós já tivemos encontros assim, que nós... a sei lá... Já aconteceu né... de a gente estar num espaço e a gente ter discussões, bem mais calorosas, bem mais construtivas, bem mais produtivas ...do que por exemplo ficar quatro horas, na escola de Gestão assistindo uma aula que não tem nada a ver...

Ma. Olha que é nítido que... é... a gente enxerga a falta de... como que eu posso dizer... é... falta de comunicação mesmo... da própria, falta de organização... A gente sabe que imprevistos acontecem... mass direto... (risos)... todo mês... (risos)... um pouco da nossa

Mediador

Voltando assim pra formação, qual o aspecto que vocês acham que faltou, de ser abordado com maior profundidade?

M. E ntão... eu não consigo dar uma resposta pra vc... porque o calendário do 2º semestre desse ano, não foi divulgado ainda... então eu não sei o que vai ter... não sei o que vai ter certo?

T. (risos)

M. Ele vai de setembro a em fevereiro... eu não sei o que vai ter... eu sei que agora tem a apresentação de uma coisa, na outra semana é outra...

Mediador

Mas, até agora... o que faltou?

M. { Ah até agora... }

A. Acho que foram assuntos importantes... mas a forma como foi passado, a qualidade do que foi passado né? As vezes a gente é um pouco subestimado, né... porque... ééé... dá

impressão que é uma falta de respeito mesmo... sabe, éé... aos calendários a horários, que é uma coisa simples mesmo né...

Mediador

{Simples}

A. Assim, por exemplo, eu já mandei inclusive um e-mail pra residência, já conversei sobre isso... sobre o Cronograma... quando a gente tem um cronograma é pra gente o que? é pra gente se organizar... né E aí a gente chega, a gente marca, a gente marca atendimento e tal... e mesmo que exige-se essa produtividade, a gente é desrespeitado... porque aí...na semana que vem... eles escolhem que não vai ter aula... ou que na outra semana, a gente se programou pra... a gente iria ser dispensado para fazer o TCC por exemplo... e já gente vai ter aula e eles avisam de última h.... ó... vcs vão ter aula, então assim não digo que... seja que... não possa ser inflexível... tem que ser flexível né, ah gente... mas a forma de se passar isso né... nós somos profissionais... a gente...

Mediador

Mas com relação a conteúdos?

A. Conteúdo?

V. Eu acho que pensando que a gente atua, numa lógica de trabalho em equipe e interprofissional, e até que a residência, a formação na residência precisa ser orientada pra isso. Eu acho que faltou... faltou levar conteúdo... de assim, de como atuar clinicamente dentro dessa lógica... sabe...de trabalho em equipe... de trabalho interprofissional. É, então como pensar uma clínica que possa ser organizada... com esses referenciais pra gente atuar no serviço ...sabe... porque tem, tem pessoas assim que tem... que tem trabalhos sobre isso... falamm... eu achei que isso não apareceu assim... eu acho, que algumas coisas assim, de trabalho em equipe, talvez tenha aparecido de maneiras assim... de lógicas, que não tem tanto a ver com o trabalho do SUS assim... que essa lógica assim, eu acho que é até um perigo ...o SUS ser atravessado por lógicas assim... contraditórias...

E ...talvez isso tenha acontecido assim... nuns vídeos, nas aulas através de algumas pessoas... mas aí são discordâncias também de pontos de vista... né? Mas... não sei... e eu acho que esse é um desafio mesmo né? Porque ao mesmo tempo que algumas pessoas... é... chegam lá surpreendem... tipo... nossa, as vezes acontece da pessoa chegar ali e não saber... e ter que dar aula pra uma equipe de profissionais assim... de profissões variadas e daí como você prepara uma coisa pra isso, porque independente do que você for falar de conteúdo, tem que pensar em como isso vai ser útil para uma equipe que tá no serviço trabalhando de uma maneira interprofissional... né?

Mediador

Hmhum

V. Acho que tem muita coisa de conteúdo, de teoria né... Que a gente vê no aspecto teórico que poderia ser trazido... pra nos... ajudar... com isso. Ou ajudar a gente a problematizar as coisas entre a gente... com as unidades...

Mediador

Vocês mudaram depois da residência? Pessoalmente?

T. (risos)

Jf. Com certeza

A. Gastrite...né? com certeza..

T. (risos)

A. Tô brincando, mas é... a gente...

Mediador

Com relação a realidade?

J. Bastante

M. Começa a enxergar coisas que... parar de reclamar ...menos... e achar que os seus problemas não são piores que os dos outros... enxergar uma outra realidade, eu já tinha ideia, mas eu não sabia que era assim... eu tinha ideia... mas não sabia que era assim não...

Mediador

E vocês? Também?

T. Silêncio (concordando)

Então gente, foi muito bom estar com vocês aqui...eu gostaria de que fosse possível mais vezes a gente se encontrar... quem sabe... e queria agradecer a cada um pela participação em meu trabalho.

Muito obrigada a todos

Símbolos

falando ao mesmo tempo

... reticências indicam pausa leve

() sinais gestuais ou posturas

{ } voz baixa

ANEXO A - Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: rogerio nogueira de oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78922617.8.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.340.111

Apresentação do Projeto:

Estudo de caso com aplicação do método de entrevista com grupo focal. A discussão em grupo se faz em reuniões com um pequeno número de informantes ou sujeitos com cerca de 6 a 8 participantes. Geralmente conta com a presença de um ou dois moderadores que cumprem o papel de focalizar e aprofundar a discussão colocada e emergente no grupo. É comum a gravação em vídeo, além do registro de voz nesses casos. A proposta da pesquisa é identificar os fatores limitadores e facilitadores da promoção e prevenção em saúde na atenção básica, suscitando a discussão sobre o assunto na formação dos residentes que participam do Programa multiprofissional em Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o panorama das ações de promoção e prevenção de saúde das equipes de Saúde da Família no contexto brasileiro.

Avaliar na literatura científica ações e programas de prevenção e promoção de saúde na estratégia de saúde da família no contexto brasileiro.

Verificar os dados sobre a atuação das equipes de Saúde da família nas ações de promoção e prevenção de saúde, no contexto brasileiro, de acordo com o PMAQ AB 2º ciclo.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.340.111

Identificar os fatores facilitadores e limitadores das ações de promoção e prevenção em saúde durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de um grupo de alunos do município de Sorocaba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação neste grupo focal, apresentará risco mínimo, com eventual oposição de opiniões durante a exposição argumentativa.

Com relação aos benefícios esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto ao participante, mas com grande valia para as propostas desenvolvidas na área de promoção e prevenção em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No estudo serão utilizadas múltiplas fontes de dados para triangulação e melhor compreensão do fenômeno estudado. Três estudos comporão esta dissertação. A revisão da literatura que será feita a partir de textos oficiais e científicos relacionados ações e programas de prevenção e promoção de saúde na estratégia de saúde da família no contexto brasileiro; os dados do 2º ciclo do PMAQ AB, para identificar quantitativamente as ações de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no Brasil. E com os residentes, serão coletados dados qualitativos, onde será utilizada a entrevista com grupo focal. Esta é uma técnica de coleta de dados, cujo objetivo principal é estimular os participantes a discutir sobre um assunto de interesse comum, como um debate aberto sobre um tema definido. Serão abordados 25 indivíduos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as exigências da Resolução CNS 466/12.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

**FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO**

Continuação do Parecer: 2.340.111

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008554.pdf	16/10/2017 14:53:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPesquisaFinalOUT.docx	16/10/2017 14:52:31	rogerio nogueira de oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PrefeituraSOROCABA.pdf	16/10/2017 14:51:21	rogerio nogueira de oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	KATIATCLEOUT.docx	16/10/2017 14:42:14	rogerio nogueira de oliveira	Aceito
Cronograma	KATIACRONOGRAMA.docx	16/10/2017 14:35:20	rogerio nogueira de oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoKatia.pdf	16/10/2017 14:31:03	rogerio nogueira de oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-7960 Fax: (11)3091-7814 E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA USP - SÃO
PAULO

Continuação do Parecer: 2.340.111

SAO PAULO, 20 de Outubro de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador responsável: Kátia Regina de Carvalho Alves

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde do Município de Sorocaba – SP

Prezado(a) senhor(a): _____

RG _____ CPF _____

- Você está sendo convidado(a) a participar deste grupo focal e responder às perguntas de forma totalmente **voluntária**.

- Antes de concordar em participar desta pesquisa e deste grupo, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

- A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir a participar.

- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalidade e sem perder os benefícios a que tenha direito.

Objetivo do Estudo: Identificar o panorama das ações de promoção e prevenção de saúde das equipes de Saúde da Família no contexto brasileiro

Procedimentos: Sua contribuição nesta pesquisa consistirá apenas na participação do grupo focal presencialmente emitindo sua opinião referente a formação na residência em Saúde da Família, nas ações de prevenção e promoção de saúde. A atividade será gravada (vídeo e áudio) para transcrição e análise do discurso de cada voluntário, sendo de uma hora o tempo para discussão.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas com grande valia para as propostas desenvolvidas na área de promoção e prevenção em saúde. **Riscos:** A participação neste grupo focal, apresentará risco mínimo, com eventual oposição de opiniões durante a exposição argumentativa. **Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas da pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados, em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa foram divulgados em qualquer forma.

O presente projeto atende as determinações da Resolução 466/12 (Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde) e do Comitê de ética em Pesquisa da FOU SP, sendo aprovado segundo protocolo: 2.340.111 em 20/10/2017.

A pesquisadora prestará esclarecimentos a eventuais dúvidas que podem surgir a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, onde poderá ser encontrada no tel. (15) **3225-2759**. Qualquer dúvida quanto às questões éticas da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (endereço: Professor Lineu Prestes, nº 2227, cep 05508-000, telefone (11) 3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br - Cidade Universitária - SP

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefício envolvidos na **Pesquisa** “A Residência Multiprofissional e a promoção e prevenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família”, no município de Sorocaba e me comprometo a responder às questões propostas.

São Paulo, 10 de setembro de 2018

Kátia Regina de Carvalho Alves

CROSP 46530

Prof. Dr. Rogério N. de Oliveira

CROSP 44175