

Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: capacidade de mudanças e advocacia em saúde

Health promotion competencies in the multidisciplinary residency: capacity for change and health advocacy

Jéssica Pinheiro Carnaúba (<https://orcid.org/0000-0002-3571-6194>)¹

Marcelo José Monteiro Ferreira (<https://orcid.org/0000-0001-5187-4195>)¹

Abstract *Health Promotion consists of individual and group strategies to achieve equity and reduce risks related to the Social Determinants of Health. This study aims to analyze the Capacity for Change and Health Advocacy domains of the CompHP in the reality of a Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health. This qualitative exploratory research was conducted with twenty-one participants. Data were interpreted through Discourse Analysis under the lens of Depth Hermeneutics. In the capacity for change, we identified that promoting healthy lifestyles is insufficient to develop autonomous and emancipated individuals in the search for decent living conditions. Concerning health advocacy, residents guide clients on the importance of popular participation in spaces intended for social control in Primary Health Care.*

Key words *Empowerment, Health Promotion, Continuing Education, Competency-Based Education*

Resumo *A Promoção da Saúde consiste em estratégias individuais e coletivas, com vistas ao alcance da equidade e redução dos riscos relacionados aos Determinantes Sociais em Saúde. Este estudo objetiva analisar os domínios Capacidade de Mudança e Advocacia em Saúde do CompHP na realidade de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Participaram vinte e um participantes. Os dados foram interpretados através da Análise de Discurso à luz da Hermenêutica de Profundidade. No domínio capacidade de mudanças, foi identificado que promover hábitos de vida saudáveis não é suficiente, sendo necessário desenvolver indivíduos autônomos e emancipados para a busca de condições de vida dignas. Para o domínio advocacia em saúde, os residentes orientam os usuários sobre a importância da participação popular nos espaços destinados ao controle social no âmbito da Atenção Primária em Saúde.*

Palavras-chave *Empoderamento, Promoção da Saúde, Educação Continuada, Educação Baseada em Competências*

¹ Universidade Federal do Ceará. Av. da Universidade 2853, Benfica. 60020-181 Fortaleza CE Brasil. marceloferreira@ufc.br

Introdução

A Promoção da Saúde (PS) consiste em estratégias individuais e coletivas, com vistas ao alcance da equidade, qualidade de vida, redução dos riscos e vulnerabilidades relacionadas aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Para isso, articula ações com os a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e proteção social, além de envolver as políticas e tecnologias existentes. Também considera a autonomia e a singularidade dos sujeitos em seus territórios, relacionadas ao contexto social, econômico, político e cultural em que eles vivem¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um amplo debate desde 2005 objetivando orientar sobre a importância de se incorporar a PS no cotidiano de práticas dos serviços de saúde. Todo esse processo resultou na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)². A institucionalização dessa política proporcionou a legitimação do compromisso do Estado em promover e qualificar as ações em PS, passando a integrar a agenda estratégica dos gestores e expandir as perspectivas das políticas públicas¹.

No entanto, para a efetiva incorporação da PNPS no cotidiano de práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário também o reordenamento dos processos formativos dos profissionais da saúde. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como importante alternativa para a efetivação e qualificação das ações em PS. Dentre suas potencialidades, destaca-se a mudança paradigmática de um olhar centrado na doença individual e avança para uma concepção de atenção integral à saúde da família. Deste modo, favorece a longitudinalidade do cuidado, sem desconsiderar os impactos dos determinantes e condicionantes da saúde no binômio saúde-doença³.

No contexto da ESF, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) ganha destaque por promover importantes processos de mudança e desenvolvimento de competências profissionais. A RMSFC busca a reconfiguração de práticas orientadas para a realidade SUS numa atuação interprofissional, bem como o desenvolvimento de habilidades e atitudes centradas nas necessidades de saúde das populações^{4,5}.

Como forma de sistematizar e orientar a incorporação das competências em PS na realidade dos serviços, foi proposto o projeto “*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*” (CompHP)⁶. O CompHP é composto por nove

domínios: Advocacia para a Saúde, Possibilidade de Mudanças e Mediação Através de Parcerias, Liderança, Comunicação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação, Avaliação e Pesquisa. Além disso, apresenta um conjunto de valores e princípios éticos que devem embasar as ações e habilidades a serem desenvolvidas na PS^{7,8}.

Autores destacam que os modelos de Competências em Promoção da Saúde (CPS), trazem direta ou indiretamente, os consensos internacionais relacionados ao CompHP⁹. Além disso, estudos apontam que os modelos de formação profissional brasileiros podem ser bastante beneficiados com a proposta presente no CompHP^{8,10}. Há evidências sobre a importância de reorientar a formação profissional em direção às CPS, com destaque para o referencial CompHP, enquanto norteador para a formação dos trabalhadores em saúde¹¹.

Dentre as competências propostas pelo CompHP, destacam-se a “capacidade de mudanças” que significa possibilitar que os indivíduos e coletividade construam habilidades que possam favorecer a sua saúde, além de utilizar abordagens de promoção da saúde que apoiem o empoderamento, liderança e equidade e a construção de capacidades para a ação em promoção da saúde¹², bem como, a “advocacia em saúde”, cujo enfoque compreende a reivindicação de melhores condições de saúde e qualidade de vida para os indivíduos e comunidades¹². Importante salientar que ambas as competências compõem o eixo político-social, relacionado ao empoderamento dos indivíduos sobre as decisões relativas à sua saúde e a busca por políticas públicas mais equânimes¹².

Profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS), muitas vezes, desvelam o conceito de PS de modo restrito, havendo dificuldades em aspectos que envolvam a sociedade, para compreender e participar ativamente no processo de saúde e na modificação do meio em que vivem. Dados apontam que os conceitos de empoderamento, participação e controle social nas ações em PS são minimamente citados pelos profissionais de saúde¹³.

Nesse sentido, sugerem-se novas discussões em relação ao empoderamento e desenvolvimento comunitário no contexto da PS envolvendo Programas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Além disso, recomenda-se a necessidade de explorar o conhecimento e a práxis dos profissionais em relação à efetividade de suas ações, a fim de contribuir para a reflexão e reconstrução de suas práticas¹⁴.

No Ceará, a RMSFC, coordenada pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) visa a formação/qualificação de diversas categorias profissionais no âmbito da APS em caráter de Residência. Por meio da educação pelo trabalho, prepara os trabalhadores para atuarem na realidade do SUS numa perspectiva da interprofissionalidade, intersetorialidade e integralidade¹⁵.

O Programa de RMSFC da ESP/CE associa a formação junto à atividade profissional em serviço de saúde, orientadas segundo os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com necessidades e condicionalidades locais. Como resultados, as RMSFC já alcançaram potenciais de mudanças, como o desenvolvimento de ações de responsabilização das equipes sobre o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde^{16,17}.

Apesar de ser um importante centro de formação e qualificação profissional para a Saúde Pública no Nordeste, ainda não existem muitos estudos que abordam o desenvolvimento de Competências em Promoção da Saúde (CPS) na formação profissional no âmbito da RMSFC do Ceará. Estas pesquisas são ainda mais escassas quando o enfoque é direcionado para a análise dos domínios de Capacidade de Mudança e Advocacia em Saúde¹⁸. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo, analisar os domínios Capacidade de Mudança e Advocacia em Saúde do CompHP na realidade de uma RMSFC.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, ancorado nas bases do referencial teórico das Competências Principais em Promoção da Saúde do CompHP⁷. O estudo foi desenvolvido no período de junho a agosto de 2019 e teve como cenário de investigação, um programa de RMSFC, ofertado pela ESP/CE.

Participaram do estudo Residentes (R), Preceptores (P) e Tutores (T), totalizando vinte e um participantes. A categoria profissional dos tutores foi composta por um enfermeiro e um educador físico, ambos especialistas em Saúde da Família. Os Preceptores tinham formação de acordo com a categoria profissional dos residentes: psicologia, serviço social, enfermagem, fisioterapia, odontologia e nutrição. Os preceptores e tutores tinham pelo menos dois anos de experiência profissional na residência, enquanto os residentes estavam no seu segundo ano de formação.

Para a efetivação desta pesquisa, foi necessária a escolha de dois municípios. Desse modo, o

critério adotado para a seleção dos cenários de lotação foi o de apresentar profissionais residentes em seu segundo ano de formação (R2). Ao levar em consideração tais fatores, foram eleitas as cidades de Quixadá e Quixeramobim, ambos municípios limítrofes, localizados no Sertão Central do estado do Ceará.

Como critérios de inclusão para os residentes, preceptores e tutores, optou-se por profissionais que estivessem, pelo menos, em seu segundo ano de atuação em relação à RMSFC da ESP/CE; além de estarem em pleno exercício profissional no momento da realização do trabalho de campo. Desse modo, o universo de sujeitos da pesquisa contou com a participação de 21 indivíduos.

Na cidade de Quixeramobim, a coleta de dados ocorreu com os sete residentes, quatro preceptores de núcleo e um preceptor de campo. Já na cidade de Quixadá, foi composta por quatro residentes, dois preceptores de núcleo e um preceptor de campo. Por fim, dois tutores da ESP/CE completaram o grupo dos participantes da pesquisa.

Nesta pesquisa, foram adotadas três técnicas para aquisição do material empírico. Inicialmente foi realizada uma análise documental, como forma de reunir evidências para a fundamentação teórico-conceitual. Neste processo, recorremos à análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) e materiais bibliográficos utilizados como referência para a formação dos residentes. Em seguida, foram realizados cinco Grupos Focais (GF), de modo a promover o debate e a troca de experiências entre os participantes do estudo¹⁹. Por fim, após a identificação de lacunas no *corpus* do texto reunido, foram realizadas mais quatro Entrevistas Semiestruturadas (E), sendo duas com residentes, uma com tutor e outra com preceptor²⁰.

Além disso, a aproximação com o objeto do estudo deu-se a partir de experiências progressivas dos autores, em que ambos foram residentes em Programa Multiprofissionais em Saúde da família. Porém durante a pesquisa, eles não estavam mais inseridos nesse processo formativo, não havendo vínculos com a ESP/CE.

Para a interpretação do material qualitativo, utilizamos a Hermenêutica de Profundidade (HP)²¹ como fundamentação teórica. A escolha justificou-se pela possibilidade de um aprofundamento no universo simbólico produzido pela linguagem dos sujeitos que estão inseridos em um determinado contexto socio-histórico²¹.

A primeira fase de análise, segundo a HP consiste na análise socio-histórica, a qual considera que as formações simbólicas são construídas em

um contexto social e histórico característico²¹. Para isso, após as transcrições, foi iniciado um processo criterioso de leitura do material qualitativo, buscando compreender as falas apresentadas de forma a relacionar com contextos sociais e históricos. Esse processo foi amparado por um aprofundamento teórico em relação aos documentos e materiais que fundamentam o processo formativo desta RMSFC.

Em seguida, procedemos com a análise formal ou discursiva, que trata das formações simbólicas complexas que permeiam os campos sociais, a partir do qual alguma coisa é enunciada ou manifestada²¹. Nesse sentido, a Análise do discurso (AD) foi adotada como método de interpretação, de modo a buscar o sentido, e não apenas o conteúdo de um texto²². Nesta pesquisa, a AD foi realizada a partir dos contextos social e histórico que permearam as falas dos participantes, de maneira crítica e em sintonia com o referencial teórico-metodológico do CompHP⁷ e da HP²¹. Finalmente, foi acordado entre os atores do estudo, que os discursos oriundos das transcrições seriam tratados de maneira coletiva.

A fase de interpretação/reinterpretação permeia todo o processo da HP, ocorrendo por meio de uma síntese e da reconstrução de prováveis significados. Ou seja, uma interpretação explicativa das formas simbólicas. Nesse sentido, ao utilizarmos o referencial da HP, estamos interpretando algo que já foi previamente interpretado pelos indivíduos, estamos (re)construindo um novo significado que pode ser diferente do conferido inicialmente²¹.

O estudo foi realizado em consonância com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde vinculado ao MS²³, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, mediante o número 3.313.043.

Resultado e discussão

Capacidade de mudanças

No domínio referente à capacidade de mudanças do CompHP⁷, nosso estudo identificou as seguintes competências: realizar ações que busquem o empoderamento; promover o desenvolvimento das comunidades, favorecendo a participação popular e o desenvolvimento de capacidades para produzir ações em PS; além de auxiliar o desenvolvimento de habilidades individuais que contribuam para melhorar a saúde:

Vimos muito a questão do empoderamento e do esclarecimento [...] fazer desse empoderamento não uma obrigação de fazer, mas que ele se sinta em uma posição de enfrentar a necessidade que ele tem no momento (GF-R).

A gente sempre procura entender que a residência nos dá oportunidade de deixar aquelas práticas voltadas muito para o assistencial, e trabalhar junto a outros indivíduos a questão também da corresponsabilidade. Então, o saber fazer, o saber ser, a gente consegue uma linha de sensibilização melhor para a comunidade, de eles entenderem que eles são parte do processo (E-P).

À luz do referencial teórico-metodológico da Hermenêutica de Profundidade, foi possível compreendermos que a análise do discurso acontece numa relação intrínseca entre o universo simbólico e a realidade concreta²¹. Este embasamento conceitual foi essencial para analisarmos como dimensões presentes no campo dos significados, tais como empoderamento e corresponsabilidade, são mediatizados e se materializam em práticas profissionais. É no bojo da interlocução entre sentidos e práticas que Silva *et al.*²⁴ demonstra a capacidade de mudança identificada a partir da participação dos atores nas ações de PS realizadas. O que demonstrou disposição para aprender, gerar autonomia e empoderamento nas decisões desses indivíduos. Em outra pesquisa, a capacidade de mudanças foi considerada incipiente e fragmentada. Contudo, as ações de PS realizadas foram capazes ampliar o acesso e o empoderamento dos participantes²⁵.

A noção de empoderamento passa a ser vista pelos residentes como uma forma de estimular o processo de autonomia dos usuários sobre as decisões mais adequadas em prol de sua saúde. Além disso, o termo empoderar pode ser compreendido como uma forma de conscientizar a população em relação às tomadas de decisões, de modo a buscar a resolução de problemas concretos, alinhados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Para o domínio capacidade de mudanças⁷ é possível perceber que o empoderamento está associado à promoção da equidade e ao desenvolvimento de políticas públicas que colaborem com a saúde da população, auxiliando no enfrentamento dos DSS. Nesse entendimento, a ideia de PS não pode se sustentar apenas na concepção de que os indivíduos são capazes de se autorregular e de gerir sua própria saúde. As condições relativas à alimentação, ambientes saudáveis e acesso à informação, vão além de hábitos de vida saudáveis, sendo necessárias políticas públicas e acesso

aos serviços, que respondam de forma efetiva, as necessidades em saúde²⁶.

O conceito de autonomia está enraizado na cultura da liberdade, em que todos os seres humanos são livres em escolha e modos de vida. Entretanto, é preciso compreender que, de acordo com o referencial teórico da HP, tais escolhas estão circunscritas ao contexto socio-histórico de desigualdades que se desenham no bojo da sociedade capitalista²¹. Desse modo, torna-se mais fácil o entendimento de que questões relacionadas ao bem-estar extrapolam o setor saúde e dependem de melhores condições de vida. Nesse sentido, as concepções de PS estão sendo influenciadas pelo neoliberalismo, em que o poder de escolha é tomado como justificativa para tornar legítima a insuficiência de políticas públicas estatais²⁶. Ao limitar a PS ao conceito de educar para aquisição de hábitos de vida saudáveis, reduz-se à superficialidade das discussões sobre as políticas públicas que envolvem o processo de saúde-doença²⁶.

O envolvimento da população é uma etapa fundamental para o desenvolvimento da autonomia. Nesse sentido, a realização de atividades educativas contribui para estimular a participação popular e o empoderamento comunitário:

A questão de lavagem de mãos, de coleta de lixo, tudo a gente mostra o que é, faz uma dinâmica, tenta levar para a vida deles, para que ele adquira aquele conhecimento, e tente modificar alguma coisa (E-R).

Então a gente sempre tenta trabalhar com essa vertente de uma forma mais criativa, para que a gente consiga captar, um melhor acesso das pessoas (E-P).

Os residentes, preceptores e tutores percebem a importância do envolvimento da população, de forma que as atividades educativas realmente sejam apreendidas. Para isso, eles consideram que essas ações devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e lúdica, além de serem pautadas nas necessidades dos indivíduos.

Cumprir destacar que a educação em saúde favorece o autocuidado, o gerenciamento individual e coletivo da saúde. Ela não produz o afastamento dos usuários, mas vincula-os às unidades²⁷.

As práticas pedagógicas são capazes de proporcionar a dialogicidade e a problematização, conduzindo profissionais e usuários na construção da autonomia de forma mais sólida. Nesse sentido, o uso de brincadeiras e dinâmicas possibilita o envolvimento e o despertar de emoções e vivências dos participantes²⁸.

Desse modo, é preciso apresentar uma atitude de apoio aos indivíduos e comunidades, em que

eles possam ser conscientes de suas potencialidades, com ênfase no saber popular e no autocuidado. Com isso, há a possibilidade de formar pessoas que realmente desenvolvam autonomia sobre seus modos de viver, sendo essa a direção para as ações em PS²⁹:

Pela constância das atividades, pela residência sempre pregar muito essa questão de promoção da saúde, a gente sempre tem aquela constante prática de atividades, diferente do profissional do serviço que faz uma vez, que são bem pontuais. Buscamos sempre a forma mais interativa, uma forma mais dinâmica, sobre aquilo que queremos passar (GF-R).

Os relatos apresentados evidenciam o uso de dinâmicas e outras estratégias para facilitar o entendimento e a participação dos usuários, a fim de favorecer a aquisição e o compartilhamento de saberes. Além disso, as atividades em PS empreendidas pelos residentes são mais frequentes, contribuindo para a continuidade das ações e ampliando a participação comunitária.

Como os residentes não são os profissionais responsáveis integralmente pelos serviços na ESF, eles dispõem de mais tempo para desenvolver ações educativas. Isto os difere dos profissionais dos serviços, os quais têm uma maior demanda de atendimentos e cumprimento de metas. Dessa forma, as ações de educação em saúde realizadas na residência são sistemáticas, possibilitando a sua continuidade, e, conseqüentemente, a aquisição de conhecimentos e informações mais sólidas por parte dos usuários.

As atividades de educação em saúde são importantes ao passo que auxiliam na formação do conhecimento e facilitam a tomada de decisões mais saudáveis por parte dos indivíduos. Contudo, é importante superar a concepção superficial de indivíduos que necessitam apenas serem educados, instigando o desenvolvimento de uma autonomia emancipadora, que levem os indivíduos a refletir sobre suas realidades e buscarem melhores condições de vida a partir de políticas públicas mais igualitárias²⁹.

No processo formativo das residências, é preciso conscientizar os residentes da necessidade de promover atividades de educação em saúde, que possam ir além do ensino de hábitos de vida saudáveis. Dessa forma, são necessárias ações que promovam a reflexão e a criticidade sobre cidadania e participação social, a fim de aperfeiçoar os serviços já existentes e levando-os a desenvolver uma consciência crítica em relação aos seus desejos e hábitos de vida.

Advocacia em saúde

As competências presentes no domínio advocacia em saúde estão relacionados a: utilizar técnicas para pleitear melhores condições de saúde; promover o engajamento junto a pessoas influentes das comunidades; aprofundar a opinião pública para os assuntos relativos à saúde; requerer, junto aos setores responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas, ações que tragam impactos positivos; encorajar as comunidades a se articularem com vistas a responder suas necessidades para as ações em PS⁷:

A gente sempre tenta fazer com que eles [usuários] participem das Conferências de Saúde, porque eles têm voz ativa. As Conferências, a gente está sempre trabalhando o letramento, para ele saber falar o que ele precisa naquele momento (GF-P).

Lá no PSF que a gente trabalha, existe ativo o Conselho Local de Saúde e a gente sempre coloca que ele existe, e que quem se sentir à vontade pode participar dessas reuniões. Já aconteceu de chegar ao posto e não ter um tensiômetro, não ter um aparelho para verificar a glicemia e os usuários falarem que esse posto não tem nada. A gente coloca para os usuários que eles têm voz para poder ir atrás dessas coisas, para mudar a unidade de saúde do qual eles pertencem (E-R).

A partir dos discursos, foi percebido a presença do domínio advocacia em saúde, ligados a construção da cidadania dos usuários e a participação popular. Nesse sentido, os residentes estimulam a participação dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e nas Conferências de Saúde, como vozes ativas para reivindicarem por melhores condições em relação aos serviços de saúde³⁰, ao analisarem a compreensão da advocacia em saúde, desvelaram o termo como proteção do SUS enquanto sistema universal, com valorização da equidade e justiça social. Além disso, os autores enfatizam a participação popular, como base essencial de tornar usuários e profissionais como corresponsáveis pela luta de seus direitos.

Dessa forma, a partir da análise discursiva conduzida através do referencial teórico da Hermenêutica de Profundidade, é possível compreender a importância dos diferentes atores sociais na formulação de discursos que buscam a “superação das relações de dominação”²¹(p.76). Ao estimular a participação da comunidade nos CLS, os residentes cumprem o dever de promover o conhecimento do verdadeiro papel dos Conselhos de Saúde. Ainda, através do eixo político presente na RMSFC, os usuários são instigados

a reivindicar por melhores condições de atendimento nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo destes em relação ao controle social:

A gente tem um eixo político, que a gente fala nesse sentido de fortalecer a participação popular e o controle social. Para isso, logo de início, ao construir a agenda, tem que aparecer na agenda deles, ações voltadas para o fortalecimento do controle social e da participação popular (E-T).

Em grupos, em salas de espera sempre, e até no próprio acolhimento, dá para se trabalhar essa temática [advocacia em saúde] com o usuário (E-P).

Em sala de espera dá para fazer, esse momento de estar incentivando, de estar orientando o usuário sobre a questão dos direitos deles, principalmente os direitos que são violados (E-P).

Nas agendas dos residentes, dentre as atividades que eles devem cumprir, estão presentes ações que fortaleçam o controle social e estimulam a participação dos usuários. Além disso, os preceptores encorajam a realização da advocacia em saúde, ao sensibilizá-los sobre a importância de encorajar os usuários para estarem presentes nas Conferências de Saúde, enquanto lugar de voz ativa.

Ademais, os residentes são estimulados a realizar grupos e salas de espera com a temática sobre direitos e necessidades dos usuários. Os preceptores também reconhecem como importante o desenvolvimento de atividades que direcionam os usuários em relação aos seus direitos e necessidades.

Merece destaque a comunicação como um importante fator para a advocacia em saúde. Através do diálogo entre usuários e profissionais, é possível auxiliar a população em torno das decisões sobre a própria saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, a comunicação é essencial para capacitar a comunidade a exigir, junto aos próprios profissionais, ações em PS³¹.

Os resultados deste estudo corroboram com Figueira *et al.*²⁷ ao considerarem as práticas de educação com temáticas relacionadas a cidadania, como fortalecedoras da advocacia em saúde no ambiente da ESF. Os autores enfatizam que as ações que estimulam a troca de saberes entre profissionais e usuários, melhoram a compreensão dos sujeitos quanto ao contexto em que estão inseridos, sendo, portanto, um espaço para reivindicar melhores condições de saúde.

Apesar de todas as potencialidades identificadas no processo formativo da RMSFC para o desenvolvimento de competências em advocacia em saúde, ainda são percebidas algumas fragilidades. Nesse sentido, em algumas realidades são

necessários a construção e o fortalecimento de espaços em que os usuários sintam-se confortáveis em expressar suas opiniões e exercer seu papel de fiscalizador e coparticipante do debate público e da gestão do Estado:

No local em que a gente trabalha, não conseguimos trabalhar essa questão [advocacia em saúde], porque lá o Conselho Local de Saúde está desativado, só tem mesmo o Conselho Municipal (E-R).

[...] se a gente está sem médico, é um direito de a população ter um médico lá. Eu acho fraco, eu acho que nós, enquanto residentes, pelo menos a gente que atua nessa parte assim de dar poder ao usuário, de lidar, eu acho que não é muito bom não (GF-R).

O primeiro enunciado traz uma concepção muito restrita para a advocacia em saúde, como se a única maneira de exercer esse domínio fosse a partir da existência de um CLS. Caso não exista um CLS na área onde os residentes atuam, seria uma ação importante a sensibilização da população a fim de reativá-lo. Além do mais, a inexistência de CLS não invalida a realização de atividades que promovam e fortaleçam a participação social e o empoderamento dos usuários, haja vista que através das ações em serviço, os residentes podem trabalhar esse eixo político e o conhecimento dos usuários sobre o exercício de sua cidadania.

Nesta esteira, esse relato traz à luz um importante problema, presente em várias localidades, que consiste na inexistência e inoperância do CLS. As populações manifestam um sentimento de não pertencimento em relação a esses equipamentos, no qual, muitas vezes, não há o envolvimento da própria comunidade no processo de formação dos Conselhos³².

Quanto aos CLS, persistem dificuldades em relação à participação da comunidade nesses espaços, relativas à escassez de informações, muitas vezes relacionadas ao desconhecimento do papel dos próprios conselheiros. Nesse sentido, há uma grande necessidade de divulgação das ações dos CLS, do reconhecimento dos representantes dos usuários e maior capacitação dos conselheiros para o exercício de suas atividades^{32,33}.

Além disso, as reuniões dos Conselhos, em parte dos casos, não são divulgadas para o restante da população, o que coopera para a ausência de visibilidade dos CLS. Ademais, muitos usuários sentem-se insatisfeitos com os serviços de saúde, o que contribui para o descrédito das políticas públicas. Os próprios conselheiros de saúde sentem-se desacreditados pela população, em decorrência da falta de resolução dos proble-

mas, o que colabora, para a falta de participação da população nesses espaços^{31,33}.

Apesar dessas limitações, a participação social tem sido essencial para a elaboração das Políticas Públicas em Saúde³². Ainda, para o fortalecimento da participação popular nesses espaços, é importante tornar as informações mais democratizadas, realizar discussões e troca de ideias sobre a importância de representatividade nos espaços de decisões³⁴.

Também foi identificada a associação das ações em PS voltadas para a advocacia em saúde, muito ligadas ao profissional assistente social:

Eu não me sinto com relevância para falar sobre isso, ainda mais dentro da minha categoria. Eu acho que a assistente social possa. Eu acho fraco, eu acho que não é muito bom não (E-R).

Fica perceptível no contexto do discurso, a visão de uma ausência do trabalho multiprofissional, dando a entender que as ações em PS relacionadas a advocacia em saúde pertencem apenas ao Assistente Social. Para Manfred *et al.*³⁵, essa percepção pode estar relacionada ao trabalho exercido pelo assistente, justamente na mediação do acesso da população aos direitos sociais garantidos por lei, envolvendo várias áreas como o acesso à educação, moradia, previdência, saúde e outros.

Contudo, essas ações relacionadas à advocacia em saúde devem ser incorporadas por toda a equipe multiprofissional. Nesse caso, como asseveram Figueira *et al.*²⁷ uma relevante estratégia para ampliar o escopo de ações em advocacia em saúde consiste justamente na atuação da equipe multiprofissional. Nesse contexto, vários profissionais proporcionam um entendimento diversificado sobre as necessidades dos territórios, bem como conseguem obter perspectivas diferentes e realizar um cuidado com mais integralidade, proporcionando ações direcionadas para a defesa dos interesses dos indivíduos.

Além disso, as atividades de advocacia em saúde realizadas pelos residentes, também foram consideradas insuficientes e “fracas”, mostrando a necessidade de incentivar a realização de ações, de forma multiprofissional. Além disso, fica evidente a necessidade de despertar, nesses atores, a capacidade para atividades que enfatizem a participação popular e o controle social.

Considerações finais

No domínio capacidade de mudanças, as atividades destacadas foram os grupos e salas de

espera que buscam empreender hábitos de vida saudáveis, por meio de estratégias lúdicas e dinâmicas. Contudo, apenas promover hábitos de vida saudáveis não é suficiente. É preciso buscar desenvolver a autonomia dos indivíduos, emancipados, com garantias e condições de vida dignas, conseguidas a partir de políticas públicas voltadas as suas reais necessidades.

Vale destacar que os residentes têm mais disponibilidade para realizar ações nas unidades de saúde, já que estão em um processo de formação pelo trabalho para a saúde. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de expansão das equipes, com responsabilidade sanitária sobre um menor número de famílias, além do trabalho pautado na interdisciplinaridade, para a garantia da integridade da assistência.

Para o domínio advocacia em saúde, os residentes orientam os usuários sobre a importância da participação popular nos Conselhos e Confe-

rências de Saúde, enquanto voz ativa para a reivindicação de melhores condições de vida. Contudo, foi percebida como fragilidade, a ausência dos Conselhos Locais de saúde na comunidade onde os residentes atuam. Além disso, não foi percebida a atuação dos profissionais em estimular a participação popular frente aos seus direitos e nem tampouco o interesse deles para a reativação do Conselho Local de Saúde.

Por fim, nosso estudo contribuiu para desvelar importantes processos de interlocução presentes entre as complexas realidades que incidem no cotidiano de práticas profissionais no âmbito das RMSFC e o complexo conceito das CPS. Assinalamos, assim, a necessidade de novas pesquisas sobre o desenvolvimento de competências no contexto da formação profissional e sobre como os profissionais estão sendo preparados para atuar nos serviços de saúde do SUS.

Colaboradores

MJM Ferreira: participação da discussão dos resultados; revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. JP Carnaúba: concepção e delineamento do trabalho e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2018.
2. 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):11-16.
3. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis* 2010; 20(3):753-767.
4. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRB, Amaral EM. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm* 2015; 28(2):132-138.
5. Zapatka SA, Conelius J, Edwards J, Meyer E, Brienza R. Pioneerina primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship. *J Nurse Pract* 2014; 10(6):378-386.
6. Speller V, Parish R, Davison H, Zilnyk A. *The ComHP Professional Standards for Health Promotion Handbook*. Paris: IUHPE; 2012.
7. Dempsey C, Barry MM, Battel-Kirk B, Allegrante JP, Arroyo HVA, Hyndman B. *The ComHP Core Competences Framework for Health Promotion Handbook*. Paris: IUPES; 2011.
8. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saude Soc* 2015; 24(1):180-188.
9. Silva KL, Araújo FL, Santos FBO, Andrade AM, Basilio NC, Sena RR. O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? *ABCS Health Sci* 2015; 40(3):286-293.
10. Dias S, Gama A. Ensino da Promoção da Saúde em pós-graduação em saúde pública internacional no contexto do processo de Bolonha. *Saude Soc* 2016; 25(3):771-785.
11. Xavier SPL, Pereira AP, Moreira MRC, Martins AKL, Ferreira HS, Machado MFAS. Competências em promoção à saúde à luz do projeto competencies health promotion (comphp): uma revisão integrativa. *Cien Cuid Saude* 2019; 18(1):1-8.
12. Battel-Kirk B, Barry MM. Developing competency – based accreditation for health promotion in Europe. *Rev Med* 2013; 92(2):87-96.
13. Farias JM, Minghelli LC, Soratto J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet* 2020; 28(3):381-389.
14. Souza AM, Tholl AD, Córdova FP, Heidemann, ITS, Boehs AE, Nitschke RG. Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2265-2276.
15. Arruda GM. *Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
16. Casanova IA, Batista NA, Moreno LRA. Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(Supl. 1):1325-1337.
17. Carnaúba JP, Ferreira MJM. Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: domínios Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa. *Interface (Botucatu)* 2022; 26(Supl. 1):e210544.
18. Carvalho PO, Andrade LS, Oliveira WA, Masson L, Silva JL, Silva MA. Competências essenciais de promoção da saúde na formação do enfermeiro: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE02753.
19. Barbour R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Thompson JB. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
22. Caregano RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4):679-684.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* 2016; 24 maio.
24. Silva KVLG, Gonçalves GAA, Santos SB, Machado MFAS, Rebouças CBA, Silva VM, Ximenes LB. Formação de adolescentes multiplicadores na perspectiva das competências da promoção da saúde. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(1):98-105.
25. Tusset D, Nogueira JAD, Rocha DG, Rezende R. Análise das competências em Promoção da Saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o programa saúde na escola no Distrito Federal. *Tempus Actas Saude Colet* 2015; 9(1):189-204.
26. Furtado MA, Szapiro AM. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. *Saude Soc* 2016; 25(2):277-289.
27. Figueira AB, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Dalmolin GL, Amarijo CL, Ferreira AG. Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:e03337.
28. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. Family health nurses' teaching practice in the health education development. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(57):389-401.
29. Haeser LM, Buchele F, Brzozowski FS. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis* 2012; 22(2):605-620.
30. Gandra EC, Silva KL. Advocacia para a promoção da saúde: sentidos e abordagens na formação do enfermeiro. *REME* 2019; 23:e-1247.
31. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saude Soc* 2017; 26(2):411-423.

32. Lisboa EA, Sodré F, Araújo MD, Quintanilha BC, Luiz SG. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab Educ Saude* 2016; 14(3):679-698.
33. Busana JA, Heiddemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2):442-449.
34. Ferreti F, Ferraz L, Kleba ME, Boccalon B, Amorim DC, Comerlat T. Participação da Comunidade na gestão e controle social da política de saúde. *Tempus Actas Saude Colet* 2016; 10(3):51-67.
35. Manfred ALD, Valera FM, Padoim GAA, Salamon VGF, Castro TC. Reconhecimento dos espaços de atuação do assistente social. *Rev Maieutica* 2018; 3(1):105-110.

Artigo apresentado em 29/10/2022

Aprovado em 28/03/2023

Versão final apresentada em 21/04/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva