

A EXPERIÊNCIA FORMATIVA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

The formative experience in multiprofessional residency at a violence prevention and health promotion center.

Patrícia Mariano¹
Dipaula Minotto da Silva²
Fabiane Ferraz³
Luciane Bisognin Ceretta⁴

Artigo encaminhado: 08/04/2021
Artigo aceito para publicação: 09/02/2024

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo analisar a experiência de formação em nível de especialização em Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, em um Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS). Trata-se de uma pesquisa narrativa sobre a inserção de uma psicóloga residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial no NUPREVIPS, dispositivo da vigilância em saúde do município de Criciúma/SC, no ano de 2019. Os resultados evidenciam importantes práticas de ensino-serviço estruturada a partir da articulação e da mobilização de redes intersetoriais, as quais utilizam metodologias como o matriciamento e as práticas de educação em saúde para sua atuação. Estas contribuíram para o compartilhamento da atenção ao cuidado e garantia de direitos das pessoas que sofreram violências interpessoal, autoprovocada ou institucional, para discussão e elaboração de processos de trabalho em rede; bem como, para o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e atendimento. A perspectiva ora anunciada propõe pensar as relações entre a violência e seus efeitos a partir da medicalização da vida e da patologização do sofrimento psíquico. Evidenciou também possibilidades de

¹ Psicóloga. Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico. Professora na Escola Superior de Criciúma - Faculdades Esucri. E-mail: patriciamarianopsi@gmail.com

² Graduação em Psicologia. Doutoranda em Saúde Coletiva - UFSC. Professora e Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UNESC. E-mail: dipaulaminotto@yahoo.com.br

³ Graduação em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professora na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES/PPGSCol/UNESC). E-mail: olaferraz@gmail.com

⁴ Graduação em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora na Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Líder do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES/PPGSCol/UNESC). Coordenadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – UNESC. E-mail: luk@unesc.net

atuação da psicologia para além da psicoterapia, concepção ainda amplamente compartilhada entre trabalhadoras/es, familiares e usuárias/os dos dispositivos de saúde, assistência social e educação. Afirma-se a importância de construir o saber-fazer em saúde mental no âmbito da multidisciplinariedade, cabendo à psicologia personificada em trabalhadoras/es da área cumprir tal tarefa. Para tanto, entende-se que o espaço de educação pelo trabalho proporcionado pela Residência Multiprofissional em Saúde seja fundamental.

Palavras-chave: Violências; Prevenção de agravos; Promoção da saúde; Saúde mental; Residência multiprofissional em saúde.

ABSTRACT: The present study aims to analyze the experience of training at the specialization level in Multidisciplinary Residency in Mental Health and Psychosocial Care, in a Center for Violence Prevention and Health Promotion (NUPREVIPS). This is a narrative research on the insertion of a resident psychologist in the Multiprofessional Residency Program in Mental Health and Psychosocial Care at NUPREVIPS, a health surveillance device in the city of Criciúma/SC/Brazil, in 2019. The results highlight important practices of teaching-service structured through the articulation and mobilization of intersectoral networks, which use methodologies such as matrix support and health education practices for their performance. These contributed to sharing attention to care and guaranteeing the rights of people who have suffered interpersonal, self-inflicted or institutional violence, for discussion and development of networking processes; as well as for the development of reception and service strategies. The perspective announced here proposes to think about the relationships between violence and its effects based on the medicalization of life and the pathologization of psychological suffering. It also highlighted possibilities for psychology to act beyond psychotherapy, a concept still widely shared among workers, family members and users of health, social assistance and education devices. The importance of building know-how in mental health within the scope of multidisciplinary is stated, with psychology personified in workers in the area being responsible for fulfilling this task. To this end, it is understood that the space for education through work provided by the Multiprofessional Health Residency is fundamental.

Keywords: Violence; Disease prevention; Health promotion; Mental health; Multi-professional residency in health.

1 INTRODUÇÃO

A atenção psicossocial é a perspectiva teórico-metodológica da saúde mental coletiva adotada no Brasil. Tal modelo foi construído na trajetória de luta e resistência de usuárias/os, familiares e trabalhadoras/es, sancionado não tão somente por leis e portarias, mas e sobretudo pelo compromisso ético dos sujeitos que construíram e constroem a saúde pública brasileira em diferentes contextos históricos.

A história relata que diante de um cenário de aprisionamento, violência institucional, desumanização, precarização de espaços e relações no interior dos hospícios, trabalhadores e trabalhadoras se articularam e iniciaram no Brasil uma experiência, já em curso em outros países, de mudança no modelo de atenção em saúde mental. Iniciou-se em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Passos, 2018; Amarante; Nunes, 2018). Uma vez que “o pensamento reformista da saúde propunha uma nova agenda e desenvolvia sua base conceitual, a partir de influências das perspectivas teóricas marxistas e estruturalistas” (Passos, 2018, p. 217), na contramão do discurso do Estado e de alas conservadoras da população, acentuava-se um cenário de disputas políticas intensas neste campo. Importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica ocorreu durante o período em que o Brasil iniciava um processo de redemocratização, na qual se viveu intensa repressão ditatorial que minavam as articulações populares.

Décadas de mobilização precederam a entrada do Movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo, nos anos 2000. No ano mesmo em que foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi sancionada a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 – submetida como projeto ao Congresso Nacional pelo então deputado Paulo Delgado (PT-MG) doze anos antes – um marco político importante e promissor no campo da saúde mental no SUS. Dentre outros marcos, ressalta-se a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se tornou dispositivo central da política nacional de saúde mental no país, peça-chave para estruturação de rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico no desafio da

desinstitucionalização, a partir da Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Amarante; Nunes, 2018).

Paradoxalmente, através da legislação se reafirmou a necessidade de constantemente repensar o trabalho na saúde mental, a fim de se evitar uma repetição da lógica hegemônica e de um novo processo de institucionalização dos sujeitos que precisariam “se encaixar” em linhas de cuidado regimentadas. No início da década seguinte, a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual engloba em único documento, além dos CAPS, os Residenciais Terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-gerais, bem como, demais espaços e dispositivos de lazer, trabalho e cultura disponíveis no território, avançando assim, no processo de compartilhamento do cuidado em saúde mental (Passos, 2018).

Faz-se importante reconhecer as respostas de alas conservadoras diante às mudanças de perspectivas e práticas em saúde mental mobilizadas pelos movimentos antimanicomiais. Sobretudo a partir da promulgação de marcos regulatórios, enfrentou-se forte resistência de organizações civis, de associações e instituições que operam para a psiquiatrização do sofrimento dos sujeitos. De acordo com Passos (2018, p. 136),

A saúde mental sempre ficou no seio de uma série de disputas. A internação psiquiátrica esteve no rol daquelas mais lucrativas para as clínicas privadas: uma vez que o sujeito fosse diagnosticado com alguma patologia psiquiátrica, não sairia do manicômio por estar, de certa forma, condenado pela loucura. Como a RPB questionou a soberania do poder médico e das internações prolongadas, isso provocou diversas inquietações e enfrentamentos.

Apesar de ser um tema emergente na saúde pública, a partir da década de 1980, entende-se que a violência é assunto anterior e disparador da Reforma Psiquiátrica, que denuncia a violência intrínseca à institucionalização e a hospitalização. No campo da saúde, a teorização sobre as violências abre um leque de possibilidades de análise pela abrangência e complexidade do conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que “[...] define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte,

dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (Dahlberg; Krug, 2016, p. 1165).

Da violência autoprovocada à violência institucional, da violência doméstica/intrafamiliar à violência de Estado, entende-se que há uma rede de poder que permeia e estrutura as relações, logo, as situações de violência, daí a sua multicausalidade e complexidade. Seus efeitos, da mesma forma, são plurais e indefiníveis, pois subjetivos, mesmo que compartilhados por determinados grupos. "A violência como questão, portanto, situa-se na própria interface da Saúde com a sociedade" (Schraiber, 2014, p. 727).

Minayo *et al.* (2018) expressam que, data de 1996 o reconhecimento da violência como uma questão central no campo da saúde pública pela OMS. Dahlberg e Krug (2016) apontam que a década de 1980 foi de importante produção teórica e trabalho com estratégias de prevenção, elaboradas por profissionais e estudiosas/os do campo da saúde coletiva, movimento significativo para se atingir o marco do reconhecimento da problemática da violência como um agravo em saúde. Para os autores, assim como no caso de outros agravos, a violência pode ser evitada e ter suas consequências reduzidas.

No Brasil, a década de 2000 foi também de importância para intersectorializar a discussão sobre a temática. No ano de 2003, criou-se a Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Situação em Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. Em 2004 instituiu-se a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, que se estruturou a partir da implantação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em estados e municípios brasileiros, fortalecida no passar dos anos com a Política Nacional de Promoção da Saúde e a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA.

Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA. [...] O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de

pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena, entre outras (Minayo *et al.*, 2018, p. 2010).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) subsidia o levantamento de diagnósticos e a leitura localizada da ocorrência de doenças, agravos e eventos de saúde pública específicos de populações, bem como a elaboração de estratégias de enfrentamento para tais eventos. No rol de agravos e doenças notificáveis pelo SINAN, encontra-se a violência interpessoal e autoprovocada. Além dos dados epidemiológicos, a notificação efetiva de casos de violência serve para amparar o monitoramento do fluxo de atendimento na rede e de garantia de direitos de pessoas em situação de violência (Brasil, 2016).

O preenchimento da ficha deve ser realizado em diferentes espaços de atendimento à população, públicos ou privados, quando há suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências motivadas por preconceito contra mulheres e homens em todas as idades, bem como aquelas relacionadas à ordem da negligência e/ou abandono. Quando se trata de violência extrafamiliar ou comunitária, são passíveis de notificação os casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIAPN+ (Brasil, 2016).

Dadas as condições limitantes de escuta da violência, ou de sua suspeita, nem todos os campos são de preenchimento obrigatório. No entanto, quanto maior o número de informações coletadas e registradas, maior é a fidedignidade do dado gerado e a eficácia do acompanhamento dos encaminhamentos posteriores à situação de violência. Um dos campos obrigatórios e que evidencia a importância de elaborações sobre o tema das violências é o que caracteriza a tipologia da violência (Brasil, 2016).

Outro campo da ficha que merece ser destacado, trata da motivação da violência⁵, nem sempre explicitamente posta na narrativa da pessoa vitimada, ou até mesmo no discurso do ofensor. Deve-se compreender que, em uma complexa rede de relações de poder, há alguns marcadores que delimitam grupos em situação de

⁵ A ficha SINAN lista oito motivações de atos de violência, a saber: sexismo, racismo, lesbo/homo/transfobia, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua e capacitismo.

vulnerabilidade social e o reconhecimento das violências que estruturam essa rede deve partir do/a profissional que acolhe e notifica (Brasil, 2016).

Em contexto amplo, no que tange às diretrizes da saúde coletiva brasileira, sinaliza-se como marcos fundamentais no campo do enfrentamento às violências de gênero contra mulheres a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1983, revisitada e atualizada em 2004 como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como a Lei 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, e a Lei 13.1014 de 2015, a Lei do Feminicídio; da violência contra crianças e adolescentes, a Lei 13.010 de 2014, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, criado na década de 1990 e a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências, publicada em 2010; da violência contra pessoas idosas, o Estatuto do Idoso de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006; da violência racial, com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial através da Lei nº 10.678, de 23 de março de 2003, e com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2009 (Minayo *et al.*, 2018; Brasil, 2003; Brasil, 2017). Apesar de não ser o foco do trabalho e considerando que o tema da violência se apresenta de maneira transversal em outras políticas de saúde integral, reconhece-se a importância de mencionar tais marcos da saúde pública como fundamentais ao enfrentamento das violências estruturais no Brasil.

No campo da formação em saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se configura como uma modalidade de educação pelo trabalho, uma formação de profissionais da saúde para atuação, construção e consolidação do SUS. Por meio da Lei nº 11.129, aprovada em junho de 2005, criou-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e da Portaria Interministerial nº 2.117, de novembro do mesmo ano, instituiu-se no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2005a; Brasil, 2005b).

De acordo com a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, a RMS se configura como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço,

com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. Destina-se a profissionais das áreas da saúde de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Propõe, através da descentralização e regionalização do SUS, contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde (Brasil, 2009).

Silva (2018, p. 206) nos lembra que as RMS nascem como “possibilidades de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS”. Enfatiza a importância de manter o alinhamento dos programas de residência como uma proposta de formação, e faz uma crítica sobre como, por vezes, muitos espaços estão assumindo o residente a partir da lógica de precarização do trabalho.

A relação ensino-serviço é um dos alicerces da proposta da residência, para tanto é imprescindível

[...] sustentar espaços de cogestão com as instituições e serviços que têm ofertado campos de estágio. Em que pese a responsabilidade da Universidade e dos equipamentos do SUS pela formação de trabalhadores, entendemos que as relações institucionais sempre são atravessadas por diferentes histórias, inscrições e modos de funcionar, o que torna fundamental a construção de contratos (quando não possível, a de consensos) para que a relação traga sentidos e ganhos para os diferentes participantes (Onocko-Campos, Emerich e Ricci, 2019, p. e-8).

Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019) expressam que a vivência de estratégias longitudinais e coletivas, considerando propostas baseadas nos referenciais da interprofissionalidade e as singularidades que se expressam nos diferentes serviços, promovem a implicação dos estudantes em seus processos formativos e os convida a partir de novas propostas construídas coletivamente, a fim de constituir melhorias nos dispositivos do cotidiano do trabalho.

A partir da perspectiva anunciada, o presente estudo tem por objetivo analisar a experiência de formação em nível de especialização em Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, em um Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo narrativa, de caráter exploratório, que expressa o cenário no ano de 2019. Schawandt (2006) aponta que a pesquisa qualitativa é fruto de um movimento acadêmico de crítica ao caráter epistemológico, metodológico, político e ético do rigor científico hegemônico. Apesar de salientar que não há uma definição concreta da pesquisa qualitativa, o autor a caracteriza antes “[...] como um terreno ou uma arena para a crítica científica social, do que como um tipo específico de teoria social, metodologia ou filosofia” (Schawandt, 2006, p. 194).

A pesquisa qualitativa na saúde coletiva, conforme Bosi (2012), trata-se de campo de conhecimento em movimento, por seu caráter político-científico e por se referir a práticas de trabalho. A expansão da produção qualitativa no campo da saúde coletiva está relacionada também ao seu objeto de pesquisa: a existência humana.

A pesquisa narrativa “[...] é composta pela sequência singular de eventos, estados mentais, ocorrências envolvendo seres humanos como personagens ou autores, podendo ser real ou imaginária sem perder seu poder como história” (Minayo, 2020, p. 4652). Apesar da crescente utilização da perspectiva narrativa em pesquisas das ciências humanas e sociais, Tamboukou (2016) pontua que não há uma única abordagem para utilizá-la, mas sim uma variância de acordo com a perspectiva e área disciplinar da pesquisa. Pode-se dizer que as pesquisas narrativas têm em comum o caráter psicossocial, isto é, revelam a interligação entre sujeito e sociedade, evidenciando a impossibilidade de separá-los em uma análise dita imparcial.

Como Trabalho de Conclusão de Residência, o uso de uma narrativa se apresentou como uma aposta e exercício de desinstitucionalização da escrita, alinhando-se à perspectiva da Saúde Mental Coletiva anunciada, sem distanciar do rigor necessário à produção científica. Não se objetiva escrever a história do serviço ao falar de estranhamentos e experiências pessoais de trabalho neste período, justifica-se assim o uso da narrativa e não do termo relato, pois se trata do campo de produção que enfatiza as relações de poder-saber-desejos implícitas na produção de realidades e sujeitos (Tamboukou, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procura-se contextualizar e localizar a articulação dos espaços de trabalho e de aprendizagem – Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS) e Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) – em um cenário político mais amplo, descrito anteriormente. Em 2007, através de edital lançado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), Criciúma foi um dos municípios contemplados para implantação da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, uma estratégia para ampliação e implementação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. O edital previa fomento financeiro no valor de cinquenta mil reais, que foi suplementado para cem mil reais, como incentivo à criação e fortalecimento das redes e estratégias para a melhoria da saúde da população.

Assim, em 2009, fundou-se o NUPREVIPS. Através do Decreto SG/nº 647/09, designou-se para compor o núcleo representantes da Secretaria Municipal do Sistema de Saúde, da Secretaria Municipal do Sistema Social, da Secretaria Municipal do Sistema de Educação, da Fundação Municipal de Esportes (FME), da Fundação Cultural de Criciúma (FCC), da Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma (AFASC), do Conselho Tutelar e dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), de Direitos do Idoso (CMDI) e de Saúde (CMS), do Hospital São José, da Clínica Psiquiátrica Casa de Saúde Rio Maina⁶, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, das Polícias Civil e Militar, da Unidade Acadêmica da Saúde (UNASAU) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e da Gerência Regional de Saúde – GERSA (CRICIÚMA, 2009).

A demanda inicial na implantação do NUPREVIPS em Criciúma estava relacionada principalmente à organização de uma rede de atenção e cuidado às mulheres, crianças e pessoas idosas em risco ou situação de violência. Contudo, justificava-se desde o princípio a necessidade de se constituir um serviço de

⁶ A instituição encerrou suas atividades no ano de 2017. Uma leitura do processo histórico da saúde mental no município está disponível em Silva (2017).

referência que tivesse foco na prevenção das violências e na promoção da saúde de maneira ampliada, que contemplasse toda a população do município.

Em 2019, o NUPREVIPS configurava-se como um dispositivo da vigilância em saúde diretamente ligado à Rede de Atenção Psicossocial do município, apesar de não a compor formalmente por meio da RAPS. A equipe, caracterizada pela multidisciplinariedade, era composta por uma enfermeira, duas assistentes sociais, uma psicóloga e um médico psiquiatra. No que tange a organização do processo de trabalho, o NUPREVIPS possuía quatro eixos de atuação: vigilância em saúde, prevenção de violências, promoção da saúde e assistência, isto é, atenção ao cuidado de pessoas que sofreram algum tipo de violência.

A notificação de violência interpessoal ou autoprovocada do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) ordenava o processo de trabalho do NUPREVIPS. As fichas eram encaminhadas semanalmente à Vigilância em Saúde do município e repassada ao Núcleo, para então serem digitadas no Sistema SINAN e logo se iniciava a investigação em saúde, em que se constatava, através do prontuário unificado, se a pessoa recebeu atendimento em saúde após a ocorrência da violência, ou se havia demanda para articulação de acesso às redes.

Através das notificações se trabalham possibilidades de diagnóstico mais amplos sobre as violências no município, mas também de formas mais específicas nos distritos de saúde e nos bairros. Tais levantamentos são essenciais para elaboração de políticas públicas e de estratégias no campo da prevenção das violências e da promoção da saúde, mas também em contextos individuais no sentido de garantia de direito à saúde. A partir da investigação em saúde, criam-se redes intersetoriais específicas para cada situação de violência e, de acordo com a demanda, criam-se as estratégias de cuidado – comumente por meio de reuniões entre serviços, interconsultas e visitas domiciliares. Evidenciou-se que prevenção e posvenção não estão desarticuladas no campo da saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial lançou seu primeiro edital de seleção em fevereiro de 2019, dez anos depois da criação do Programa de Residência Multiprofissional na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). É o terceiro programa de RMS vinculado à instituição

comunitária, que conta também com os programas de RMS em Saúde Coletiva e em Atenção Básica/Saúde da Família. O nome escolhido para a formação anuncia a perspectiva da saúde mental em foco: a atenção psicossocial. Assim, o programa se apresenta também como uma estratégia de manutenção e construção da luta antimanicomial no sul catarinense e, com a inserção das RMS na universidade, destaca-se o foco da instituição na interação comunitária através do ensino, pesquisa e extensão.

A relação RMS e NUPREVIPS não se estabeleceu a partir da RMS de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, mas se consolidou no ano de sua criação. Até então, as/os residentes vinculadas/os aos programas de Saúde Coletiva e Atenção/Saúde da Família realizavam uma imersão com carga horária reduzida em diferentes equipamentos de saúde no segundo ano de residência, chamado de período de especialização. Foi a partir da criação da RMS em Saúde Mental e Atenção Psicossocial que profissionais residentes passaram a compor a equipe como cenário de prática de formação em serviço em modalidade de residência. Assim, em 2019, inseriram-se duas profissionais residentes integralmente no serviço, uma psicóloga e uma enfermeira.

Como uma primeira turma de RMS, definiu-se coletivamente como seriam os processos de inserção nos dispositivos de saúde que foram apresentados aos profissionais nas primeiras semanas, chamadas de imersão na rede. A escolha pelo NUPREVIPS se deu a partir do desejo e posicionamento político de trabalhar com a interface violência-saúde mental. Uma primeira constatação, no período de inserção no serviço, foi que se cristalizou uma ideia de que o NUPREVIPS funcionaria como um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico a partir da lógica de encaminhamento de casos de situação de violência, que se daria ou não pela notificação SINAN. Percebeu-se que não existia uma compreensão comum acerca do seu funcionamento no município e, inclusive, o serviço chegava a ser desconhecido por profissionais alocados em importantes dispositivos da saúde. Tal constatação reverberou por todo o percurso no serviço e balizou a prática da residente, sobretudo nos espaços de trabalho dividido com outras equipes multiprofissionais.

A exemplo disso, antes da inserção no serviço, criou-se a ideia de que uma psicóloga residente comporia a equipe para oferecer psicoterapia infantil, tendo em vista a defasagem de profissionais que realizavam atendimento infanto-juvenil no município, bem como à alta demanda de crianças e adolescentes no CAPS infanto-juvenil de Criciúma. Enfrentou-se resistência de profissionais, tanto da rede de saúde, educação e assistência social, como também do próprio enquadre inicial da equipe. De fato, trata-se de um serviço de portas abertas, ou seja, que atende pessoas por demanda espontânea, e oferece a possibilidade de compartilhamento do cuidado através da articulação da rede intersetorial. No entanto, reiterar o funcionamento numa perspectiva de encaminhamento significaria repetir a lógica da medicalização da vida diante dos efeitos da violência.

Tal funcionamento denota à racionalidade da especialização e hierarquização de demandas em saúde, que está na contramão do princípio da integralidade do cuidado, uma vez que segrega ao definir os espaços em que os sujeitos devem transitar de acordo com as demandas catalogadas aos moldes do paradigma positivista, e contraria as ideias de autonomia e liberdade como fundamentais à terapêutica em saúde mental. Em analogia ao que Alves (2009) pontua como a instituição da loucura como objeto da saúde mental, neste caso, a violência é instituída como objeto do NUPREVIPS e pode seus efeitos serem terceirizados ao cuidado oferecido pela equipe.

O processo de medicalização se trata de um dispositivo que transcende o ato médico de delegar ao sujeito o uso de determinada substância como contenção de seu sintoma e ocorre também através do discurso patologizante das instituições e da adesão dos sujeitos à analgesia da vida (MALUF, 2009; FREITAS; AMARANTE, 2017). A ausência da corresponsabilização dos serviços na atenção aos efeitos da violência acaba por concretizar uma violência de Estado reproduzida por trabalhadoras/es de saúde pública, que "[...] justifica-se remetendo a um fim que jaz no futuro: uma terapêutica que visa ao 'bem' do sujeito ou que almeja uma harmonização social" (Malamut; Modena; Passos, 2011, p. 57).

Nesse modo de operação, muitas escolas encaminharam alunos/as, principalmente adolescentes com comportamento de automutilação ou discurso suicida, para psicoterapia ou atendimento psiquiátrico no NUPREVIPS. Em outros

casos, a mínima demonstração de mal-estar era compreendida como uma ameaça de violência autoprovocada e o aluno encaminhado ao serviço de psicoterapia. Percebe-se nestes exemplos a psicologização da vida de jovens diante das suas demandas e da imposição de um modo de cuidado à equipe do serviço, bem como o reducionismo das práticas da psicologia à psicoterapia ou outras formas de atendimento individual.

Foi a partir de uma ocasião em que uma escola pública estadual encaminhou um número expressivo de adolescentes que se consolidou uma estratégia de compartilhamento de cuidado diferente com a instituição. Neste contexto, elaborou-se uma estratégia de educação em saúde com as professoras do Ensino Fundamental II. Para tanto, foram realizados cinco encontros, em que se trabalhou temas relacionados desde a saúde mental da professora à articulação de rede para atenção ao cuidado de adolescentes em situação de violência ou sofrimento psíquico.

Criou-se um projeto piloto de matriciamento sobre os efeitos da violência no campo da educação e, através do diálogo entre as escolas, o trabalho pode ser divulgado e expandido para outras instituições de ensino, com suas realidades e demandas próprias. O apoio matricial é, de modo geral, uma forma de produção de saúde estabelecida pela corresponsabilização do cuidado entre duas ou mais equipes que trabalham com demandas e metodologias específicas e cabíveis ao contexto em que o(s) sujeito(s) estão inseridos, ou seja, trata-se de um suporte técnico-pedagógico de organização do trabalho (Brasil, 2011; Barros *et. al*, 2014).

Tendo em vista a rotatividade de profissionais nos dispositivos, sobretudo de urgência e emergência, em alguns momentos as estratégias precisaram ser mais pontuais e envolveram o aprimoramento para preenchimento da ficha SINAN. No entanto, introduzia-se também como temática nestes encontros a sensibilização à escuta das violências, compreendendo que o manejo vai além da burocracia do encaminhamento de documentação descritiva das ocorrências de violências. Nestes espaços, comumente em reuniões de equipe nos serviços, as/os profissionais compartilhavam casos ou suspeitas de violência, levantados em atendimentos, assim como suas afetações diante de tal demanda.

Tais estratégias constituíram, além de práticas de ensino-aprendizado nos espaços de trabalho entre as/os trabalhadoras/es envolvidos, estratégias de cuidado aos sujeitos-cuidadores. De acordo com Ferraz *et al.* (2006, p. 347), "[...] o ensinar proporciona o cuidar, num exercício de construção e reconstrução de conhecimentos, valores e atitudes". Mesmo com certa demarcação da falta de processos de educação permanente em saúde pelas equipes, reitera-se a importância do reconhecimento da necessidade e do movimento criação desses encontros para ensino-aprendizagem-cuidado entre equipes que trabalham com violências.

Em sentido análogo aos resultados obtidos na pesquisa de Prata *et al.* (2017), surgiram em encontros com diferentes equipes a demanda do medo de retaliação ao notificar uma suspeita ou situação confirmada de violência, principalmente em situações de violências contra crianças e mulheres. Tal fato relaciona-se ao que as autoras colocaram como a tensão gerada pelas diferentes perspectivas sobre os processos de trabalho entre e nas equipes, e foi também amplamente associado aos sentimentos de impotência, culpa ou responsabilização pela situação de violência cronicada. Em um extremo oposto, pela desarticulação da rede, evidenciou-se certa terceirização da responsabilidade a outras profissionais ou serviços diante da demanda de violência, sobretudo em situações de violência autoprovocada e/ou que envolviam pessoas diagnosticadas com transtornos mentais.

A exemplo do exposto, trabalhadoras/es da educação evidenciaram em muitos espaços o desejo de conhecer e compor ativamente uma rede de combate às situações de violência contra crianças e adolescentes, desejo barrado por certo receio fundamentado por experiências vividas em que pais/responsáveis afastaram a/o aluna/o da instituição quando a suspeita de violência ou de negligência os envolvia. Dos elos mais fragilizados, reconheceu-se aquele estabelecido com o Conselho Tutelar e as instituições jurídicas; em algumas ocasiões, relatou-se medo da quebra de sigilo na abordagem à família ou comunidade, sobretudo quando envolvia contexto de trabalho infantil no tráfico de drogas. A falta de segurança no sigilo da identidade da/o profissional notificador e proteção da informação por todas as pessoas e instituições envolvidas na estratégia de cuidado, apesar de garantida

por lei, mostrou-se como impeditivo da articulação da rede em situações de violência em tais casos.

Sobre a violência contra mulheres, percebeu-se, além do medo envolvido no ato da notificação, certa abstinência da responsabilidade de notificar, mesmo com relatos explícitos sobre a ocorrência de uma violência ou constatação de marcas de violência física em exames e consultas. Em muitos momentos, diante do silenciamento das mulheres, da permanência no ciclo de violência ou quando o contexto da violência estava associado ao âmbito doméstico e/ou de relações familiares que envolviam relações de poder e influência no território, repetia-se tal violência ao negligenciá-la.

De acordo com Schraiber, d'Oliveira e Couto (2009) e Schraiber *et al.* (2009), a saúde das mulheres como pauta no campo da saúde coletiva inicialmente tinha como foco a temática da reprodução e a temática da violência sexual foi inaugural da discussão, ainda incipiente, da violência contra mulheres.

Homens e mulheres apresentam argumentos diversos entre si para a naturalização do comportamento, mas compartilham a banalização de sua ocorrência, com impactos para cada situação de gênero em termos do que conotar como violência e do que constituir como questão (Schraiber *et al.*, 2009, p. 1023).

Os números de violências ocorridas e notificadas em 2019 apontam para essa dissonância entre a realidade da violência contra as mulheres e a subnotificação dos casos. A partir dos dados disponíveis na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) de Santa Catarina, constatou-se que das 1.369 violências notificadas no município de Criciúma, 63% delas vitimaram mulheres (DIVE-SC, 2021). No que tange a tipologia da violência, as lesões autoprovocadas e negligência/abandono foram os tipos mais notificados, seguidas por violência física, violência psicológica e violência sexual, todas com maior percentual de mulheres em situação das violências⁷.

Não raro foi colocado como sugestão, em espaços de ordenação do fluxo de atendimento às pessoas vítimas de violência, que o Boletim de Ocorrência

⁷ Outra questão amplamente trabalhada nas estratégias de educação e matriciamento foi a qualidade da notificação. Constatou-se que as variáveis raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero foram itens da ficha de notificação que suscitaram questionamentos e comumente eram deixadas em branco nos documentos que chegavam ao NUPREVIPS. Para discussão ampliada sobre o tema, sugere-se a leitura de Galeli (2019).

servisse como condição para acesso a determinados dispositivos ditos especializados em situações de violência, pelo argumento de que não saber o que fazer diante da permanência do ciclo da violência contra as mulheres que voltavam repetidamente com as mesmas demandas. Diante do não saber, reiterou-se a prática de judicialização da violência ao responsabilizar as mulheres vitimadas pela violência de gênero.

Para além da responsabilização ética de trabalhadoras/es da saúde, deve-se levar em conta que estas/es personificam o Estado nas relações de cuidado nos serviços de saúde pública. A situação transferencial que se estabelece com a/o profissional de saúde que atende a pessoa vitimada, ao operar na função de perpetuação da violência, coloca o Estado em uma posição contrária à sua, que seria fundamentalmente a de operar na garantia dos direitos das pessoas.

Há, portanto, uma sutil diferença entre cuidado e violência na abordagem do sofrimento psíquico, que está no modo pelo qual cada um de nós decide se posicionar frente ao sofrimento daquele que nos procura e, claro, frente ao nosso. Estamos, portanto, no campo da ética: temos o poder de decidir qual posição ética vamos assumir frente ao problema da abordagem clínica do sofrimento nos espaços públicos (Moretto, 2019, p. 69).

Por fim, outra demanda emergente e intensificada no período de trabalho foram os atendimentos em saúde mental à população privada de liberdade. Apesar de existirem duas penitenciárias, uma masculina e outra feminina, um presídio masculino e um Centro de Atendimento Socioeducativo (Case)⁸ de cumprimento de medida em regime fechado em território criciumense, o município não aderiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2014).

A política é uma estratégia interministerial de garantia de acesso à saúde de pessoas que estão privadas de liberdade. No entanto, não é uma política obrigatória, ou seja, municípios e estados precisam aderir para que as unidades prisionais recebam fomento para dispor de uma equipe de saúde mínima. A articulação entre unidades prisionais e NUPREVIPS foi peça-chave para a garantia de atendimento em situações de violência autoprovocada, uma vez que o

⁸ Apesar de não ser caracterizado como parte do sistema prisional, consideramos o Case como uma instituição que cerceia a liberdade de jovens, pelo enquadre de regime fechado, estrutura física e relações de poder estabelecidas no espaço.

atendimento em saúde mental nos dispositivos da RAPS foram, muitas vezes, negados.

A Residência Multiprofissional em Saúde, através da sua metodologia de ensino pelo trabalho, promove e fortalece o enlace entre educação e saúde, tão caro à perspectiva de trabalho que se alinha à promoção de saúde. No cenário exposto, estabeleceu-se uma lógica de interação entre academia e comunidade, em que a universidade esteve presente nos serviços através de profissionais de saúde que estavam em formação continuada, bem como as demandas reais dos dispositivos de saúde ordenaram os espaços de ensino-aprendizagem na sala de aula. O vínculo entre NUPREVIPS e RMS mostrou-se uma importante relação no período de atualização da equipe e, conseqüentemente, da abordagem do serviço. Em sentido análogo, a inserção neste momento possibilitou também a aprendizagem do manejo de relações de poder que se estabelecem em âmbito institucional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se evidenciar, a partir da narrativa de uma psicóloga residente, a importância da articulação dos núcleos de prevenção das violências com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial para a garantia de cuidado integral em saúde mental às pessoas que sofreram violência. Para tanto, apresentou-se uma retomada histórica do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e uma breve contextualização da violência como questão de saúde pública.

Para estruturar a narrativa, optou-se por escrevê-la em dois tempos, inicialmente definidos como “possibilidades de atuação e pontos fortes do serviço e da rede” e “fragilidades, faltas e não-saberes diante das violências”. Durante a escrita, percebeu-se que ambos os tempos não se dissociaram. São pontos considerados frágeis que impulsionam ao fortalecimento da rede; a falta é o que sustenta o desejo de trabalhadoras/es de estruturar novos processos de trabalho que levam em conta a demanda de sujeitos e seus contextos sociais e políticos. Assim, investiu-se em uma escrita-tentativa de subverter ao discurso da dicotomização objetivo-subjetivo, positivo-negativo. A autora, ao escrever sua experiência, o faz a partir das relações em equipe, ou seja, assume sua agência nesses espaços.

A perspectiva ora anunciada propõe pensar as relações entre a violência e seus efeitos a partir da medicalização da vida e da patologização do sofrimento psíquico. Evidenciou também possibilidades de atuação da psicologia para além da psicoterapia, concepção ainda amplamente compartilhada entre trabalhadoras/es, familiares e usuárias/os dos dispositivos de saúde, assistência social e educação. Afirma-se a importância de construir o saber-fazer em saúde mental no âmbito da multidisciplinariedade, cabendo à psicologia personificada em trabalhadoras/es da área cumprir tal tarefa. Para tanto, entende-se que o espaço de educação pelo trabalho proporcionado pela Residência Multiprofissional em Saúde seja fundamental.

Mesmo considerando o contexto, vivenciado fortemente até 2022, de desmonte da saúde mental coletiva, acredita-se na importância de tornar política pública a criação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e, mais, também a articulação com os demais equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, sendo esses um importante dispositivo de formação em saúde pelo trabalho.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 171 a 180p.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074.

BARROS, Juliana de Oliveira *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 20, p.2847-2856, dez. 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.678**, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

_____. **Lei nº 11.129** de 30 de junho de 2005. Institui a Residência Multiprofissional em Área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005a.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.117**, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005b.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.077** de 12 de novembro de 2009. 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, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1** de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília; Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CRICIÚMA. **Decreto SG/nº 647**, de 3 de agosto de 2009. Compõe o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS) em Criciúma.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Governo Estadual de Santa Catarina (DIVE-SC). **Investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Santa Catarina, 2021. Disponível em:
<http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinan/def/violencia.def>. Acesso em janeiro de 2021.

FERRAZ, Fabiane; *et al.* Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 344-350, 2006.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, 148p.

GALELI, Paola Rodegheri. **Violência doméstica contra a mulher em Santa Catarina**: panorama da notificação compulsória de casos. Dissertação de Mestrado. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2019. 71 p.

MALAMUT, Bernardo Salles; MODENA, Celina Maria; PASSOS, Izabel C. Friche. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações normativas. **Psicologia & Sociedade, Florianópolis**, v. 23, n. spe, p. 53-62, 2011.

MALUF, Sonia Weidner. Sofrimento, 'saúde mental' e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. In: TORNQUIST, Carmen Susana *et al.* **Leituras de resistência**: corpo, violência e poder. Florianópolis: Editora Mulheres, 2009, 440p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018.

_____. O poder de fazer história divulgando ciência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4651-4660, dez. 2020.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. Políticas Públicas, Psicanálise e o Lugar do Analista. In: BROIDE, Emília; KATZ, Ilana (org.). **Psicanálise nos espaços públicos**. São Paulo: IP/USP, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; EMERICH, Bruno Ferrari; RICCI, Ellen Cristina. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. **Interface (Botucatu)**, v. 23, p. e170813, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170813> Acesso em: 05 mar. 2024.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, gênero e saúde mental**: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018. 222p.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos *et al.* Saúde Mental e Atenção Básica: Território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, educação e saúde**: Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-53, abril 2017.

SCHAWANDT, Thomas A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, Norman K. *et al.* **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 727-729, set. 2014.

_____; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009.

_____*et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, ago. 2009.

SILVA, Dipaula Minotto da. **Transformações na atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016**. Dissertação de Mestrado. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2017.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
Acesso em: 06 mar. 2024.

TAMBOUKOU, Maria. A aventura da pesquisa narrativa. In: CORDEIRO, Rosineide; KIND, Luciana org. **Narrativas, gênero e política**. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2016.